Fr 5:20

R52227

TRAITÉ THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE LA

DYSENTERIE

OUVRAGES PUBLIÉS PAR L'AUTEUR

Traité de l'Immobilisation directe des fragments dans les fractures et les résections, in-8°, 750 pages et 102 figures, Paris, Delahaye, 1869. Ouvrage récompensé par l'Institut (Académie des sciences).

Traité des Fractures non consolidées ou pseudarthroses, in-8°, 700 pages et 102 figures, Paris, Delahaye, 1871. Récompensé par l'Académie de médecine.

De la Fièvre mélanurique au Sénégal, in-8°, 460 pages, Paris, Delahaye, 1873. Récompensé par l'Institut (Académie des sciences).

De la Fièvre jaune au Sénégal, in-8°, 460 pages, Paris, Delahaye, 1874. Récompensé par l'Académie de médecine.

Traité clinique des Maladies des Européens au Sénégal, 2 vol. in-8° de 600 pages avec tableaux et une carte, Paris, Delahaye, 1875-77. Récompensé par l'Institut (Académie des sciences).

De la Fièvre bilieuse inflammatoire aux Antilles, in-8°, Paris, Delahaye, 1878. Récompensé par l'Institut (même récompense que le précédent ouvrage).

De la Fièvre jaune à la Martinique, in-8°, 460 pages, Paris, Delahaye, 1878. Récompensé par l'Institut (Académie des sciences).

Traité clinique des Maladies des Européens aux Antilles (Martinique), 2 vol. in-8°, 600 pages, avec tableaux et une carte, Paris, O. Doin, 1881. Récompensé par l'Institut (même récompense que le précédent).

Les Peuplades de la égambie (Histoire, ethnographie, mœurs et coutumes, légendes, etc. etc.), in-8°, 420 pages, Paris, Ernest Leroux, 1880.

Saint-Mandrier près Toulon (contribution à l'histoire de la localité et de l'hôpital maritime), in-8°, 524 pages avec dessins, plans, cartes, etc. etc., Paris, Ernest Leroux, 1881.

TRAITÉ THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE LA

DYSENTERIE

DIARRHÉE ET DYSENTERIE AIGÜES ET CHRONIQUES

PAR

L.-J.-B. BÉRENGER-FÉRAUD

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC. ETC.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883

TOUS DROITS RÉSERVÉS

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21986241

A M. LE BARON H. LARREY

MEMBRE DE L'INSTITUT (ACADÉMIE DES SCIENCES),
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DU CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE,
GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
ANCIEN INSPECTEUR GÉNÉRAL ET PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES,
ANCIEN DÉPUTÉ, ETC. ETC.

Monsieur le Baron,

J'ai passé douze années à recueillir les matériaux de ce livre, qui a été pendant ce temps l'objet de mes préoccupations de tous les jours.

J'ai étudié la dysenterie dont je parle aujourd'hui dans ses foyers les plus féconds : en Algérie, au Sénégal, aux Antilles ; je l'ai étudiée aussi dans le grand hôpital de Saint-Mandrier, où les malades viennent de tous les pays tropicaux des deux hémisphères ; aussi le présent travail résume-t-il, puis-je dire, la majeure partie de ma carrière médicale.

Il est naturel que je veuille le dédier au maître le plus éminent, au protecteur le plus bienveillant, au juge le plus autorisé, à l'homme, en un mot, pour lequel mon cœur a le plus de respect, de reconnaissance et d'affection.

BÉRENGER-FÉRAUD

INTRODUCTION

La dysenterie est une des maladies les plus importantes du cadre nosologique par son existence dans la plupart des pays du monde, par sa fréquence, ses allures, sa gravité et maintes autres particularités.

Au lieu de se cantonner dans certaines régions de la terre et de ne quitter ses foyers d'origine que rarement ou difficilement, on la voit naître partout sous l'influence de causes diverses et de minime importance ; elle se montre dans tous les pays, et cela avec une facilité que plusieurs maladies réputées cependant redoutables ne connaissent pas.

Sous le rapport de ses allures, la dysenterie présente encore cette particularité qu'elle est sporadique, endémique ou épidémique, et il est bien difficile, dans bien des cas, de dire, à cause de ses variations incessantes et de ses modifications nombreuses, si elle est fortuite, constituant un simple accident pathologique éventuel, ou bien si elle frappe des coups préparés d'endémie ou d'épidémie.

Tandis que nombre d'affections qui ont cependant plus qu'elle le privilège d'effrayer les masses ont entre

deux périodes d'exacerbation plusieurs années d'intervalle, pendant lesquelles on les voit peu ou point même, la dysenterie réapparaît toutes les années avec une régularité désespérante, et même au moment du cycle annuel où elle est la moins active, elle présente encore une fréquence et une léthalité redoutables

Au lieu de ne frapper que certaines catégories d'individus ou des sujets de tel ou tel âge seulement, la dysenterie touche et tue aussi bien l'enfant que l'adulte et le vieillard, l'homme que la femme; elle ne confère à ceux qu'elle a atteints aucune immunité, bien plus, au contraire, elle les prédispose par une aptitude nouvelle qu'elle crée aux rechutes, aux récidives, et menace désormais perpétuellement ceux qu'elle a frappés une fois.

L'influence de la dysenterie sur la mortalité des hommes est autrement plus grande que celle du choléra, de la variole, de la fièvre typhoïde, de la fièvre jaune et même de la peste, et cela pour nombre de causes qu'il est facile d'apprécier.

« Quelle est l'affection qui, presque à toutes les époques et en tous lieux, s'est développée à la suite de guerres prolongées? dit un des épidémologistes les plus autorisés de notre époque, mon savant ami, Léon Colin. Ce n'est pas le typhus, qui, malgré son imminence en pareilles conditions, est en somme une maladie moderne qui a manqué dans nos guerres les plus récentes et dont le rôle est nul ou à peu près dans les expéditions de la zone intertropicale : c'est la

dysenterie, dont les historiens de l'antiquité indiquent tous les dangers pour les armées en campagne, dont les guerres les plus modernes n'ont pu s'affranchir, comme on l'a vu pendant les expéditions de Crimée (1854-56), d'Italie (1859), du Mexique (1860-65), pendant la guerre de 1870-71, et qui durant la lutte de sécession aux États-Unis constituait à elle seule le tiers des cas de maladie (deux millions à peu près sur moins de six millions d'entrées aux hôpitaux), dont enfin le rôle est assez considérable dans les guerres des pays chauds pour qu'elle apparaisse à peu près fatalement à la suite de chaque expédition au Sénégal, aux Indes, et en compromette les opérations. » (Léon Colin, p. 765.)

Je me suis souvent trouvé aux prises avec la dysenterie dès le début de mes études médicales, car les médecins de la marine ont fréquemment à lutter contre elle sous les latitudes les plus diverses, de sorte que, pendant toute ma carrière, j'ai eu l'esprit tendu vers sa symptomatologie et son traitement. Depuis 1871 surtout les hasards du service m'ont fait pratiquer dans deux pays : le Sénégal et la Martinique, où elle est spécialement fréquente autant que sévère, et mes idées ont pu se fixer là sur son compte d'une manière plus précise que précédemment.

A peine revenu des Antilles, j'ai été placé à la tête du grand hôpital de Saint-Mandrier, qui reçoit, on le sait, les malades rapatriés par les navires-transports de toutes nos colonies, et où les dysentériques de tous

les degrés comme de toutes les provenances sont nombreux. Là, pendant deux années de suite, j'ai réuni dans une salle les sujets les plus sévèrement touchés pour lutter avec ce que la maladie a de plus tenace, de plus rebelle et de plus dangereux.

Nombre de nos jeunes camarades venaient alors suivre ma clinique à Saint-Mandrier comme ils l'avaient suivie au Sénégal ou à la Martinique, et ici, comme de l'autre côté de l'Océan, je cherchais à leur montrer au lit du malade les variétés des atteintes avec leurs analogies et leurs différences, je leur expliquais la pathogénie de la dysenterie telle que je la comprends. Enfin je les rendais témoins des effets produits par les diverses méthodes de traitement, suivant tel ou tel cas, d'après telle ou telle indication thérapeutique. Quelques-uns d'entre eux auront, j'espère, tiré profit pour leur pratique de ce que je leur disais et de ce qu'ils me voyaient faire.

Mais les médecins de la marine sont si rarement au port, ils y restent si peu de temps dans l'intervalle de deux campagnes, que l'enseignement qu'ils y recoivent est toujours forcément incomplet, décousu, et par conséquent sans utilité bien réelle pour leur instruction. Ils sont donc réduits à apprendre dans les livres ce qu'ils veulent savoir et ce qui est nécessaire pour les besoins de leur pratique laborieuse autant que difficile pendant de pénibles navigations ou de longs séjours coloniaux. Aussi plusieurs d'entre eux m'exprimaient-

ils le regret de n'avoir pas un livre qui leur fournît les renseignements indispensables sur cette maladie; ils trouvaient que les ouvrages, si remarquables d'ailleurs, de Cambay, de Dutrouleau et de Delioux, ont trop vieilli aujourd'hui pour leur servir de guide.

Cédant à leurs sollicitations, j'ai entrepris d'écrire cette histoire nosologique de la dysenterie ; une fois la plume à la main, je me suis laissé entraîner à la faire aussi complète que possible, je suis entré dans tous les développements que le sujet m'a paru comporter, et au risque d'être trop long, j'ai voulu dire tout ce que je savais.

Plus d'une fois je me suis arrêté, inquiet de l'étendue que prenait mon travail, et j'ai songé à y faire des coupures pour renfermer mon cadre dans quelques centaines de pages seulement. Mais en songeant que je n'écrivais pas une œuvre de pure littérature ou un de ces manuels qu'on lit en toute hâte à la veille d'un examen, mais bien un livre d'étude et de labeur, j'ai préféré être trop long que de laisser dans l'ombre tel détail que je considérais comme utile. J'ai couru le risque de me redire plutôt que de ne pas appeler suffisamment l'attention sur ce qui me paraissait devoir être gravé dans l'esprit du lecteur.

C'est ce désir d'être complet qui m'a fait m'étendre si longuement sur la complication hépatique. La fonction biliaire joue un rôle si considérable dans la pathogénie de la dysenterie que ce que j'ai dit au sujet du foie et de ses lésions m'a paru être rigoureusement en

rapport avec son importance. Le lecteur ne pensera pas, j'espère, avec cette explication que les longs détails dans lesquels je suis entré sont une surcharge inutile; au contraire, il comprendra mieux, il me semble, ce que j'ai dit et répété tant de fois : que dans la dysenterie le foie est aussi malade souvent que l'intestin, et surtout il a été le plus fréquemment atteint avant lui.

C'est ce désir d'être complet qui m'a fait entrer aussi dans des détails qui ne sont pas exclusivement utiles aux médecins de la marine. La dysenterie est une maladie de tous les pays, de tous les âges, des deux sexes et de toutes les époques; ce livre est donc destiné au médecin de la marine comme à celui de l'armée ou de l'ordre civil; il s'adresse aux praticiens de la zone tropicale comme à ceux des pays tempérés; à ceux qui soignent les malades dans les villes comme à ceux qui soignent les valétudinaires campagnards. Je fais des vœux pour qu'il paraisse, aux uns comme aux autres, avoir quelque utilité.

Puisse ce livre, qui, comme je le dis à sa première page, résume la majeure partie de ma pratique médicale, être accueilli avec bienveillance, car mon but en l'écrivant a été de me rendre utile à mes semblables, qu'ils fussent médecins ou malades.

Cherbourg, juillet 1882.

TRAITÉ DE LA DYSENTERIE

CHAPITRE PREMIER

SYNONYMIE — DÉFINITION. — GÉOGRAPHIE. — HISTORIQUE — CLASSIFICATIONS. — DIVISIONS

SYNONYMIE

La dysenterie a été appelée de noms divers suivant les pays et les époques, l'énumération suivante quoique très incomplète peut en donner une idée : *Dysenteria.* — *Dysenterie.* — *Tormina.* — *Tenesmus.* — *Tenesme.* — *Rheumatismus intestinorum.* — *Rheuma ventris.* — *Catarrhe intestinal.* — *Flux de ventre.* — *Fluxus ventris.* — *Fluxus cruentus.* — *Fluxus dysentericus.* — *Fluxus torminosus.* — *Morbus dissolutus.* — *Flumen dysentericum.* — *Profluvium morbi evacuatori.* — *Febris dysenterica.* — *Fièvre dysentérique.* — *Difficultas intestinorum.* — *Entérite.* — *Colite.* — *Rectite.* — *Colite ulcéro-membraneuse.* — *Entéro-colite.*

Il est inutile, je crois, de discuter longuement la valeur de la plupart de ces appellations, dont le plus grand nombre est

tombé aujourd'hui dans le domaine des curiosités de l'érudition médicale, et n'est employé que comme synonyme quand les besoins du style le réclament. C'est l'appellation Dysenterie, dysenteria, du grec δυς εντερια, mot composé de δυς, difficile, et εεντρον, nitestin, qui a prévalu d'une manière générale.

Le sens du mot dysenterie reste assez obscur dans quelques-uns de ses détails quand on s'en tient à cette seule étymologie, aussi faut-il nécessairement que nous définissions la maladie d'une manière plus précise, si nous voulons fixer les idées du lecteur sur la maladie.

DÉFINITION

La dysenterie, comme beaucoup de maladies, n'est pas bien difficile à définir, si l'on veut s'en tenir à quelques caractères généraux et sommaires suffisants pour donner une idée approchée de l'affection. — Mais si, au contraire, on cherche à fournir en peu de mots une exposition précise de tout ce qu'elle présente de caractéristique, on rencontre des difficultés très grandes. La multiplicité des formes et des variétés de ce que les divers auteurs ont entendu par le mot dysenterie, les différences de gravité, de durée, etc., etc., que présente la maladie suivant mille facteurs divers, font qu'on est certain de donner prise à la critique par le fait d'une omission ou d'une qualification imparfaite, sans pouvoir espérer d'atteindre la perfection.

Aussi comme une définition a seulement pour but, en somme, de donner un premier aperçu général et approximatif, c'est-à-dire n'a pas une importance très grande touchant la précision, e ne viserai pas ici à en formuler une irréprochable. J'accepterai sans y regarder de très près celle qui ressort des diverses définitions proposées par les auteurs à savoir que : la dysenterie est une maladie caractérisée par des coliques plus ou moins vives, une gravité variant dans les limites les plus extrêmes suivant

les cas, mais surtout par une altération des selles très marquée et plus ou moins persistante.

C'est qu'en effet, sous le rapport des coliques, douleurs de ventre, épreintes, ténesme, on peut voir tous les degrés possibles ; quant à la gravité, elle va, suivant les atteintes, depuis la plus légère indisposition passagère jusqu'à la maladie aiguë la plus rapidement funeste, ou bien l'affection chronique la plus rebelle. L'altération des selles est le seul caractère constant, puisque même au cas où comme dans la rectite dysentérique, elles sont moulées à l'égal des fèces les plus naturelles, elles sont entourées de mucus, de sang ou de pus d'une manière toujours assez évidente pour que la qualification d'altération reste indéniable.

Les selles anormales ont été tout naturellement rangées en deux grandes catégories par le vulgaire bien avant que les médecins aient écrit sur la dysenterie ; et depuis un temps immémorial on applique plus volontiers le nom Dysenterie au cas où les selles sont sanguinolentes, donnant aux autres celui de diarrhée. Je suivrai ces errements consacrés par l'habitude dans ma description des diverses formes de la maladie, mais je ferai bien remarquer dès le début que l'emploi des deux mots différents *Diarrhée* et *Dysenterie* pour caractériser les flux de de ventre ne doit pas éloigner de la pensée cette indication capitale qu'ils appartiennent tous deux à la même maladie. Je voudrais même, pour ma part, qu'on adoptât cette opinion partagée déjà par les anciens et tombée ultérieurement dans l'oubli : que le mot Dysenterie est le terme générique de l'affection ; cette affection se subdivisant suivant les cas en dysenterie proprement dite et en diarrhée. Quant aux qualifications : aiguë ou chronique, qui se surajoutent suivant le besoin, il n'est pas nécessaire de s'y arrêter pour comprendre ce qu'elles signifient.

GÉOGRAPHIE

On a dit que la dysenterie est une maladie de tous les pays, la chose est si bien établie qu'il n'est vraiment pas nécessaire de la discuter; mais il est indiscutable aussi qu'elle est plus fréquente et plus grave dans certaines contrées que dans d'autres, sans que la raison complexe et insuffisamment appréciée d'ailleurs jusqu'ici, de cette différence ait été donnée d'une manière assez précise pour clore la discussion.

Les auteurs de géographie et de climatologie médicale ont fait observer que la dysenterie va en augmentant des pays froids vers les pays chauds, suivant pour ainsi dire une marche diamétralement opposée à celle de la bronchite. La chose est vraie, mais il faut remarquer aussi, que de même on voit cette bronchite ne pas avoir la même fréquence et la même intensité dans tous les pays septentrionaux du même parallèle, de même aussi la dysenterie ne touche pas également tous les pays méridionaux de la même latitude.

Dans l'étude abrégée de la géographie de la dysenterie que nous devons présenter ici nous avons à choisir entre diverses marches. Nous pourrions, par exemple, partir du pôle pour arriver à l'équateur en parlant successivement des espaces compris entre cinq ou dix degrés, mais ce mode d'exposition aurait l'inconvénient d'être aride, d'entraîner des redites et des longueurs, nous ne le suivrons donc pas. Nous conserverons la vieille division de la géographie en parties du monde, et nous parlerons successivement de l'Europe, de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique et de l'Océanie, allant pour chacune du pôle à l'équateur comme c'est l'habitude.

Europe. — L'Europe est un des pays les plus favorisés du monde, sous le rapport de la dysenterie. En effet, la maladie n'existe

à l'état endémique que dans des endroits relativement peu étendus de ses parties méridionales comme l'Espagne, l'Italie, la Grèce ; tandis que c'est seulement à l'état sporadique ou sous forme d'épidémies absolument éventuelles qu'on la rencontre ailleurs.

Dans les régions boréales, en Islande, par exemple, en Laponie, aux îles Feroë, en Suède, en Norvège, en Danemarck, en Angleterre, en Écosse, en Irlande, dans la Russie septentrionale, la dysenterie est généralement rare, au moins de nos jours. On a bien signalé, il est vrai, dans les siècles antérieurs et même dans celui-ci, des épidémies plus ou moins meurtrières dans tous ces pays, mais il est incontestable que là, comme en Pologne, dans la majeure partie de l'Allemagne, en Hollande, en Belgique et en Suisse, elle est très généralement aussi rare que bénigne.

En France la maladie est ordinairement assez rare et assez bénigne aussi, peut-on dire ; plus bénigne dans la proportion de 1 à 3 du nord au midi. Elle est plus fréquente en Espagne et en Italie où elle suit les mêmes allures, c'est-à-dire où elle est peu sévère autant que peu fréquente dans les parties septentrionales et montueuses pour se montrer plus souvent et avec plus d'intensité dans les plaines et dans les localités méridionales.

Dans tout le sud-ouest de l'Espagne, on voit souvent la dysenterie, et elle y présente souvent aussi une gravité avec laquelle il faut compter. En Hongrie, dans les provinces Danubiennes, en Roumanie, en Turquie, en Grèce, elle entre pour une large part, surtout à la fin de l'été et en automne, tant dans le chiffre des malades que dans celui des morts.

Asie. — L'Asie qui s'étend plus au nord et plus au midi que l'Europe présente plus qu'elle des différences très grandes sous le rapport de la fréquence et de la gravité de la dysenterie. — La maladie est rare et bénigne en général dans les régions

septentrionales, mais à mesure qu'on descend vers le 40e degré de latitude dans la portion S.-O., on lui voit prendre une prédominance remarquable. En Asie Mineure elle occupe déjà le second rang de fréquence pour les atteintes morbides, et en Arménie, en Perse, en Mésopotamie, en Syrie, on la voit fréquente avec des différences du plus au moins suivant les localités.

On la dit rare dans l'Asie centrale, mais peut-être serait-il plus exact de reconnaître que nous prenons la rareté de nos informations pour celle de la maladie. Dans tous les cas à mesure qu'on avance vers le Sud et le S.-E., on lui voit prendre des proportions de plus en plus grandes, dans cette partie du monde comme partout.

On rencontre la dysenterie dans toutes les contrées de l'Inde ; mais là comme ailleurs, elle présente de grandes différences de fréquence et de gravité suivant les localités. C'est surtout dans les districts méridionaux qu'elle sévit avec plus d'intensité, la preuve en est dans les chiffres suivants fournis pour les garnisons des trois présidences des possessions anglaises.

Bombay le 28,3 p. 0/0	de l'effectif est	atteint de dysenterie.
Bengale le 34,7	—	—
Madras le 86,8	—	—

La dysenterie se voit souvent en Birmanie, dans le royaume de Siam. Nous savons par une triste expérience combien elle est fréquente et grave en Cochinchine. — On la trouve dans toute la Chine avec des variations de fréquence et de gravité suivant les localités. Au Japon elle existe aussi, moins sans doute dans le nord que dans le midi ; mais enfin sur tous les points de ce territoire il faut compter avec elle très sérieusement.

Les îles de la mer des Indes : Philippines, Moluques, Célèbes, îles de la Sonde sont les plus maltraitées par la dysenterie.

C'est là, disent nombre d'auteurs, qu'elle est la plus fréquente et la plus sévère du monde entier; mais même dans ces contrées inhospitalières il y a de très grandes différences, tant sous le rapport du nombre des atteints que du pourcentage de la mortalité.

Afrique. — L'Afrique qui est un continent exclusivement tropical ou sub-tropical est le pays par excellence de la dysenterie. La maladie y est aussi fréquente et aussi grave en certains endroits que dans les contrées les plus mal partagées de l'Asie et des Archipels indiens. — En Egypte, dans le Haut-Nil, elle domine la pathologie, a-t-on dit avec raison, aussi bien chez les natifs que chez les étrangers. Sur les côtes comme dans l'intérieur des terres, elle prélève un impôt énorme sur les populations.

A Tripoli, en Tunisie, en Algérie elle fait de nombreuses victimes, nous le savons. Les médecins de notre armée on fourni à ce sujet des chiffres et des détails qui ont établi d'une manière définitive la réputation de ces pays sous ce point de vue. Elle a constitué, dit Lombard, dans son *Traité de Climatologie médicale,* t. IV, p. 382, d'après les travaux des médecins français Haspel, Cambay, Catteloup, etc., etc., 27 centièmes des malades soignés dans les hôpitaux militaires et les 45 centièmes des morts. L'on peut juger de la gravité de la maladie par le fait que l'on a compté un mort sur sept malades et demi tandis que les fièvres pour malaria n'en comptaient que un sur trente-six malades. La dysenterie attaque toutes les races et toutes les classes de la société; les plus gravement atteints sont les Européens récemment arrivés. Les mêmes influences s'exercent sur les habitants du Maroc, sur toute la côte occidentale d'Afrique, où elle se présente sous les formes les plus graves, attaquant presque tous les Européens dès leur arrivée au Sénégal et sur les côtes de Guinée. »

La Sénégambie a une réputation exceptionnelle sous le rapport de la fréquence et de la gravité de la maladie. — Les chiffres de Thévenot, de mon excellent ami Borius, les miens ont fixé les idées à ce sujet. Je renvoie aux remarquables livres de Borius : *Le climat du Sénégal*, Paris, Gauthier-Villars, 1875, *Topographie médicale du Sénégal*, Paris, Baillière, 1882, et à mon *Traité des maladies des Européens au Sénégal*, Paris, A. Delahaye, 1878, pour les détails que je ne puis donner ici.

La dysenterie est très fréquente aussi à Sierra-Leone, sur la Côte-d'Or, dans les golfes de Bénin et de Biafra. Mais, comme le dit très bien Lombard, elle devient plus rare à mesure que l'on avance vers l'équateur. C'est ainsi, par exemple, qu'au Gabon elle est sensiblement moins fréquente et moins grave qu'au Sénégal.

Lombard pense que les îles adjacentes de la côte occidentale d'Afrique, Madère, l'Archipel du Cap-Vert sont fort peu visitées par la dysenterie sauf, dit-il, avant et après les chaleurs de l'été. Je ne saurais partager cet optimisme, y ayant vu, pour ma part, la maladie aussi fréquente et aussi grave que sur la terre ferme. La preuve qui justifie mon opinion c'est qu'à Sainte-Hélène, par exemple, la dysenterie fournit les 42e 0/0 de la mortalité générale.

La colonie du Cap est assez visitée par la dysenterie, elle se montre là fréquemment sur les Européens, mais plus souvent encore chez les Cafres et les Hottentots. Lombard comme Hirsch, disent d'après les documents qu'ils ont consultés que si on rencontre fréquemment la maladie dans la province de Natal et dans les régions occidentales, après les chaleurs de l'été australe, elle est plus rare chez les Bassoutos et dans le Transwall où l'on n'en n'observe que quelques cas sporadiques. Ici encore je ne peux partager entièrement cet opti-

misme, car bien que moins fréquente là que dans beaucoup d'endroits elle prélève un impôt beaucoup trop fort encore pour passer inaperçu.

Sur la côte orientale d'Afrique la dysenterie se présente avec une grande fréquence et une grande sévérité depuis la partie méridionale jusqu'à la mer Rouge. A Madagascar, elle est aussi très fréquente et si là, comme dans les petites îles de la mer des Indes, elle n'a pas la réputation de faire beaucoup de victimes c'est à la rareté de l'élément européen ou au manque de documents précis plus qu'à la salubrité propre du pays qu'il faut l'attribuer. La preuve que je puis donner c'est qu'à Maurice, par exemple, la maladie est assez fréquente pour atteindre les 40es de la garnison (Lombard), et que les colons aisés y sont aussi sujets que les nègres, coolies, etc., etc., qui travaillent la terre.

Amérique. — La dysenterie se comporte en Amérique comme dans les autres parties du monde; inconnue, ou à peu près dans la partie tout à fait septentrionale elle est très rare au Canada et ne présente en général pas de gravité dans les parties froides des États-Unis du nord. En Amérique, on croit avoir fait la remarque que les nègres sont généralement moins sévèrement atteints que les blancs et en moins grand nombre. On a dit qu'à la Nouvelle-Orléans, par exemple, la dysenterie emporte le 4,2 p. 0/0 de la population blanche tandis qu'elle ne fait mourir que le 1 p. 0/0 de la population nègre ; j'aurai à discuter cette opinion en parlant de l'étiologie de la maladie.

« Au Mexique, dit Lombard (loc. cit., p. 380,) nous trouvons un très singulier constraste entre les hauts plateaux et les régions basses. En effet, nous aurions supposé (Lombard, loc. cit., p. 381), que la dysenterie serait excessivement fréquente sur le littoral où règne une chaleur brûlante tandis qu'elle serait

rare dans les altitudes; c'est le contraire que l'on observe, puisque cette maladie n'est même pas nommée dans les registres mortuaires de la Véra-Cruz, tandis qu'à Mexico elle constitue les 87,3 de la mortalité; les mois d'août et de septembre sont les plus chargés en décès, janvier et février en comptent le plus petit nombre. »

Je ne puis croire pour ma part qu'elle soit aussi rare que le pense Lombard sur le littoral du Mexique, car, pendant l'expédition de 1861 à 1865, les médecins de la marine française, comme ceux d'ailleurs de l'armée de terre, se sont souvent trouvés aux prises avec elle; et on peut ajouter qu'elle ne leur a paru ni moins fréquente ni moins grave que dans les diverses Antilles, les États du Sud de l'Amérique septentrionale, la côte de Colombie, etc., etc.

Aux Antilles, aux Bermudes, la dysenterie est aussi fréquente que sévère, j'en ai donné maintes preuves dans mon livre sur les maladies des européens dans les colonies françaises de cet archipel.

Lombard dit avec raison qu'elle y attaque tous les âges et tous les individus ; il rapporte le mot profondément vrai de Rufz de Lavison : *Qu'il n'est aucun habitant de ces pays qui, au moins une fois, n'ait eu sa vie mise en danger par elle.* Dans les Antilles, la dysenterie oscille avec la fièvre dite inflammatoire, qui elle même n'est que le diminutif de la fièvre jaune. J'ai cherché à faire ressortir cette particularité par des chiffres, de longues citations et des observations nombreuses dans mes Études sur les maladies des Antilles. J'engage vivement le lecteur à méditer sur les fluctuations dont la pathologie de ces pays nous donne le spectacle; il y a plus d'un enseignement à tirer de leur observation.

Le Brésil est souvent atteint, dit Lombard, p. 381, par les épidémies dysentériques aussi bien que par des cas spora-

diques qui présentent comme ailleurs la complication hépatique. Les enfants des blancs en sont plus souvent atteints que les négrillons et parmi les adultes, ce sont les matelots et les hommes vigoureux qui paient le plus fort tribut à la dysenterie. Les régions Platéennes sont également visitées par elle. La dysenterie se montre sous forme épidémique à Montévidéo, où elle a (Lombard, p. 382) fourni les 57es,4 des décès. On la rencontre également dans le Paraguay, tandis qu'elle devient plus rare à mesure que l'on avance vers le sud, dans la Patagonie et la Terre de Feu.

Enfin, pour en finir avec l'Amérique, disons que sur les côtes occidentales du sud, la dysenterie se rencontre aussi dans une infinité de points : à Guayaquil, à Callao, à Lima, etc., etc. Dans ce dernier pays, elle est la maladie la plus dangereuse pendant la saison des pluies. Même chose à dire pour Valparaiso. Sur les hauts plateaux du Pérou, de la Bolivie, du Chili, elle est plus rare, sans cependant faire défaut. Dans l'Amérique du Sud, comme partout, elle est moins fréquente et moins grave, toutes choses égales d'ailleurs à mesure que l'on s'éloigne de l'équateur ; c'est ce qui fait que dans le haut Chili, par exemple, on a moins à la craindre que dans le haut Mexique à la même altitude.

L'Océanie. — La dysenterie est loin d'être rare en Océanie ; dans nombre d'îles de la Polynésie, à Taïti par exemple, elle entre pour un sixième et plus encore de la mortalité, et dans bien des archipels de cetté partie du monde on a dit qu'elle est une des plus puissantes causes de la dépopulation.

L'Australie présente également la dysenterie, mais à un moindre degré que les îles de la Sonde et les Philippines. Les indigènes en sont très souvent touchés, tandis que les blancs le sont beaucoup moins, dit Lombard. Mais la chose mérite confirmation, ou bien peut s'expliquer si elle est réelle par la diffé-

rence des conditions d'hygiène. — A la Nouvelle-Zélande, la dysenterie est par moments assez fréquente et répandue, mais elle est rare ou limitée dans d'autres époques ; d'ailleurs, le pays est assez froid d'une manière générale pour que la maladie qui nous occupe ne doive pas y être très sévère habituellement.

De cette longue énumération géographique que nous venons de faire il résulte : 1° que la dysenterie se rencontre un peu partout sur le globe — 2° qu'elle est moins fréquente et moins grave en général dans le Nord que dans le Midi ; 3° qu'il y a certaines contrées, toutes choses égales d'ailleurs, qui semblent plus ou moins favorisées sous le rapport de la fréquence ou de la gravité. Mais nous devons reconnaître qu'il nous manque encore les plus indispensables moyens d'appréciation pour expliquer d'une manière satisfaisante mille particularités qui semblent des anomalies, des caprices même dans les allures de la maladie. — Aussi avons-nous besoin de prendre la question à un autre point de vue pour essayer sinon de l'élucider entièrement, au moins de fixer nos idées d'une manière un peu plus précise au sujet des raisons qui font qu'elle est plus fréquente et plus grave ici ou là, dans des pays qui semblent analogues à première vue.

Tout d'abord nous montrerons l'inexactitude d'une assertion formulée dans quelques ouvrages contemporains, à savoir : que la dysenterie est plus spécialement une maladie de l'hémisphère boréal, et que dans l'hémisphère austral, au contraire, elle est moins fréquente autant que moins grave. Lorsqu'on jette les yeux sur une mappemonde, on constate que les terres sont beaucoup plus vastes dans l'hémisphère boréal, de sorte qu'il est naturel que cet hémisphère présente plus de foyers et plus d'atteintes de dysenterie. Mais c'est la seule cause de la différence, on peut en être certain, et par consé-

quent l'assertion dont nous venons de parler est injustifiée ; car si nous prenions, par exemple, deux pays analogues, un situé au nord de l'équateur, l'autre au sud, et si nous les comparions sous ce rapport, nous constaterions aussitôt qu'il n'y a absolument aucune différence entre le nombre soit relatif, soit absolu, des individus atteints par la dysenterie. Quand à la gravité, ce serait aussi absolument la même chose. Donc il faut rayer désormais de l'histoire de la dysenterie cette étrange proposition : qu'elle est plus spéciale tant pour la fréquence que pour la gravité dans l'hémisphère boréal.

Les auteurs qui se sont occupés de la distribution géographique de la dysenterie, ont assez généralement formulé cette opinion, qu'elle est plus grave dans les pays chauds que dans les pays froids. Le fait est exact, toutes choses égales d'ailleurs, et une des preuves les plus convaincantes qu'on puisse en fournir c'est, par exemple, que dans l'armée des États-Unis du nord de l'Amérique on voit la dysenterie emporter annuellement le 0,3 sur mille d'effectif par le 47e degré de latitude, c'est-à-dire dans la région des grands lacs ; — tandis qu'elle devient plus fréquente en même temps qu'elle emporte le 1 pour mille par le 40e degré ; et que par le 30e, c'est-à-dire dans la Floride, la mortalité de la dysenterie monte jusqu'au 5 pour mille.

Mais on se tromperait beaucoup si l'on pensait qu'il y a un rapport constant entre la fréquence ou la gravité de l'affection et la latitude ; ce rapport, bien qu'il existe, n'est qu'une petite partie de l'ensemble de conditions qui régissent la genèse et l'intensité de la dysenterie. Il y a dans toutes les latitudes des lieux où elle semble se complaire mieux que dans d'autres, et c'est ainsi, par exemple, qu'on la voit être sensiblement plus fréquente à Versailles qu'à Paris ; dans les garnison de Metz et de Strasbourg que dans celles de Nancy, de Touraine, de Bretagne, de Normandie et de Franche-Comté.

La raison de ces étranges préférences n'est pas impossible à trouver ; en effet, il ne faut pas oublier que les variations de température de la localité constituent un autre élément infiniment plus important ; les oscillations de l'humidité de l'atmosphère qui d'ailleurs influent beaucoup sur ces variations de température, entrent aussi pour une part considérable dans le problème. Nous aurons à étudier cette question en détail en nous occupant de l'étiologie de la maladie ; aussi pouvons nous ne pas insister davantage sur son compte en ce moment.

En résumé donc, on peut dire touchant la géographie de la dysenterie, que, toutes choses égales d'ailleurs : 1° elle sévit également dans les deux hémisphères ; 2° elle est plus fréquente et plus grave à mesure qu'on va des régions froides dans les contrées torrides ; 3° elle est plus fréquente et plus grave aussi dans certains pays à latitude égale. Ajoutons aussitôt que ces pays sont ceux où les oscillations de température et d'humidité sont plus brusques et qlus fréquentes.

Mais n'oublions pas de dire aussi que, quand on a formulé ces divers détails, on n'a encore envisagé qu'un point de la question : celui des conditions extérieures à l'individu. Le point qui touche à l'individu lui-même, à ses dispositions morales, physiques, à son état de bien-être ou de privations, à son isolement ou à l'agglomération de ses semblables auprès de lui, etc. présente aussi une très grande importance ; et ce n'est que par l'analyse et la pondération de tous ces éléments aussi nombreux que complexes qu'on peut se faire une opinion quelque peu approchée de ce qui regarde la genèse et la gravité relative de la dysenterie suivant les localités.

HISTORIQUE

La dysenterie est non seulement une maladie de tous les pays, mais encore elle a été de toutes les époques, elle atteint tous les âges, et les deux sexes y sont exposés ; aussi n'est-on pas étonné quand on entend dire qu'elle est connue depuis un temps immémorial. On la trouve, en effet, déjà indiquée dans divers livres hyppocratiques, notamment dans les traités de l'air, des eaux et des lieux, des épidémies, du régime, et elle y est décrite le plus souvent dans des termes tels qu'on est obligé de reconnaître qu'à cette époque reculée on était déjà fixé sur nombre de détails de sa symptomatologie.

D'ailleurs la chose ne doit pas nous surprendre ; car, comme l'a fait remarquer avec raison Littré dans ses Commentaires des livres d'Hyppocrate, les écoles médicales de l'antiquité étaient par le fait de leur position géographique dans un milieu plus favorable que celles qui leur succédèrent en Europe pour étudier certaines maladies au nombre desquelles se trouve la dysenterie.

On pourrait même dire que les anciens connurent certaines particularités des flux de ventre mieux que leurs successeurs, car nous trouvons dans les œuvres de Celse une distinction entre la dysenterie proprement dite et la rectite, qui est restée pendant plus de quinze cents ans oubliée ou à peu près. Ne se souvient-on pas que lorsque mon regretté ami Lalluyaux D'Ormay décrivit vers 1863 les symptômes de cette rectite, l'universalité des médecins crut, comme lui-même d'ailleurs, que cette spécification était faite pour la première fois ?

Donc dans les écrits d'Arétée, de Galien, de Cœlius-Aurelianus et dans presque tous les livres de médecine de l'antiquité, il est fait mention de la dysenterie. Et il n'est pas hors de propos de faire remarquer ici que le sens de ce mot était alors plus

large qu'à une époque ultérieure et même de nos jours, car il était employé à désigner tous les flux de ventre : ce que les auteurs ont appelé depuis la diarrhée aussi bien que la dysenterie proprement dite.

Les Arabes, de leur côté, ne pouvaient manquer de la signaler, ayant de fréquentes occasions de l'observer à tous les degrés de sa gravité. Dans tout le cours du moyen âge nous trouvons de nombreux indices de son importance et par conséquent de son étude. Mais il faut dire qu'à cette époque de sévères épidémies de la maladie firent des ravages sur les populations. C'est ainsi, par exemple, qu'en l'an 534, en 538 en France ; en 760 dans tout le nord de l'Europe ; en 820 en Hongrie ; en 1083 sur toute l'Allemagne ; en 1316 en Angleterre ; en 1330 sur les côtes de Hongrie ; en 1411 à Bordeaux elle préleva un très lourd impôt de sang.

Dès les premiers débuts de la Renaissance, elle fut l'objet d'une étude constante, s'imposant aux médecins par sa fréquence comme par sa sévérité, et depuis elle n'a pas cessé de préoccuper tous ceux qui se sont intéressés à la nosologie médicale. Non seulement elle a été observée et décrite avec soin, mais encore elle constitue une maladie trop grave et trop complexe dans ses phénomènes pour n'avoir pas été visée par toutes les doctrines médicales qui ont naturellement voulu expliquer ses phénomènes morbides.

Je ne puis donner dans ce livre qu'une place restreinte à l'historique de la maladie ; car si j'entreprenais de faire cet historique avec tous les développements qu'il comporte, j'aurais à écrire pour lui seul un gros volume ; aussi me permettra-t-on d'être bref sur certains détails. Je ne citerai pas tous les travaux qui ont le droit d'être rappelés à la mémoire quand on parle de la dysenterie. C'est qu'en effet pour n'oublier personne, il faudrait passer en revue tous les noms

que compte la biographie médicale de tous les siècles et de tous les pays. Si je voulais énumérer les opinions qui ont eu cours sur la maladie, c'est l'histoire entière des variations des théories médicales qu'il faudrait tracer.

C'est donc à peine si je citerai Sydenham, Franck, Willis, Zimermann, Stoll, Cléghorn, Pringle, Richter, Moseley, Rollo, Cullen, Bonet, Morgagni, Sauvages, Vogel, Mac-Bride, parmi les auteurs des deux derniers siècles qui ont écrit sur la maladie observée en Europe ; car quelque longue que fût ma liste elle serait néanmoins toujours incomplète. Pouppé-Desportes, Campet, Poissonnier des Perrières écrivaient à cette époque sur la dysenterie observée aux colonies.

A mesure que nous nous rapprochons du moment actuel, les documents déjà si nombreux sur la dysenterie abondent davantage encore. C'est ainsi que la maladie observée pendant la première République et le premier Empire a inspiré les savants comme les praticiens de tous les degrés, depuis Desgenettes et l'illustre Larrey jusqu'à Broussais, en passant par Chomel, Corvisart, Bretonneau et mille autres.

Si les guerres de la Révolution française et du premier Empire marquent d'une manière profonde dans l'histoire de la dysenterie et ont fait faire un pas aux progrès de sa thérapeutique, il faut reconnaître que l'occupation de l'Algérie, d'une part, l'extension qu'ont pris les relations de l'Europe avec les pays tropicaux et le développement de nos colonies, d'autre part, doivent marquer d'une manière plus profonde encore.

Du côté de l'Algérie on sait qu'à peine nos troupes eurent-elles mis le pied sur le sol de la Régence d'Alger nos médecins militaires se trouvèrent en face de la dysenterie. Ils fournirent à son sujet des documents qui, par leur ensemble, leur variété et leur importance constituent un des plus beaux monuments de l'observation médicale contemporaine. Les noms de Maillot,

Haspel, Cambay, Casimir Broussais, Catteloup, H. Larrey, Masselot et Follet, Léonard, Monard, Scrive, Godelier, Michel-Lévy, Casalas, Laveran, Perier, Villemin, Pauly, Colin, Kelsch, Marvaud, me viennent au courant de la plume, et j'en oublie néanmoins encore un très grand nombre parmi les meilleurs; mais je ne puis faire une plus longue énumération. Citer tous ceux de nos camarades de l'armée de terre qui se sont distingués par leurs écrits ou leur pratique touchant la dysenterie m'obligerait à donner une étendue trop considérable à cette partie de mon livre.

Pendant que les médecins militaires observaient avec tant de soin et de succès la maladie en Algérie, les médecins de la marine et nombre de médecins de l'ordre civil l'étudiaient dans nos colonies des deux hemisphères. Je ne citerai que le nom de quelques-uns : Câtel, Erhel, Segond, Thévenot, Vatable, Cornuel Rufz de Lavison, Dutrouleau, Lherminier, Saint-Vel, Ballot, Amic, Chapuis, Bérenguier, Petit, Saint-Pair, Delioux. Une pléiade de noms de praticiens de tous les âges, de tous les grades, ayant fait leurs observations un peu partout, devrait trouver sa place ici.

De leur côté, les médecins de l'ordre civil rivalisaient avec ceux de la guerre et de la marine dans notre pays pour l'étude de la maladie. J'ai indiqué Bretonneau et Chomel déjà; les noms vénérés de Andral, Trousseau, Bouillaud, Béhier, Grisolles viennent aussitôt à la pensée; et si j'osais parler des vivants, quelle longue liste j'aurais à fournir ici pour n'oublier personne !

On pourrait penser qu'après une si longue énumération des noms les plus divers il n'y a plus rien à ajouter à l'historique de la dysenterie; la maladie observée par tant d'individus, dans tant de pays et à tant d'époques différentes pouvait paraître parfaitement connue désormais; il n'en est rien. Il était

réservé à la campagne de nos troupes en Chine en 1860, à notre occupation de la Cochinchine de nous apprendre deux points nouveaux et importants de la question : En effet, Lallyaux-D'Ormay, qui a pratiqué avec un savoir et une autorité non encore égalés dans l'extrême Orient, a fait connaître la rectite, ce qui a jeté un jour tout nouveau sur une des parties les plus obscures jusque-là de la dysenterie.

D'Ormay et un grand nombre de nos contemporains de la médecine navale ont fait faire aussi un pas considérable à la diarrhée chronique des pays chauds, qui a subi nombre d'alternatives, qui a inspiré les théories comme les opinions les plus divergentes; et qui après avoir été considéré comme une maladie spéciale au pays d'Annam, avoir été présentée comme occasionnée ou simplement caractérisée par l'existence d'un parasite, l'anguillule, paraît être entrée aujourd'hui dans une voie d'étude que je crois plus féconde. Cette diarrhée de Cochinchine est venue ainsi s'ajouter en apportant des éléments nouveaux à ce que nous savions déjà de l'histoire de la dysenterie.

CLASSIFICATION. — DIVISIONS

D'après ce que j'ai dit au sujet de la définition et de la synonymie de la maladie, on pressent que je suis porté à considérer sous le nom générique de dysenterie, une entité morbide bien déterminée, mais pouvant revêtir nombre de formes, de degrés, de variétés, etc., etc. Aussi faut-il, avant d'aller plus loin, nous arrêter un instant sur la classification des divers flux de ventre qui constituent cette dysenterie, sous peine de laisser une grande obscurité dans mon exposition.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la dysenterie ont été frappés par la diversité de ses phénomènes morbides, car dans certaines conditions ils l'ont vue être d'une bénignité très grande, dans d'autres présenter une certaine gravité, et trop souvent

avoir une léthalité extrême ; aussi tous ont cru devoir admettre des divisions, des classifications, des spécifications plus ou moins nombreuses, pour répondre à toutes les différences qui se présentaient à leur observation.

Hippocrate déjà considérait la dysenterie comme une maladie qui se montre sous des aspects divers, puisqu'il admettait quatre formes distinctes, à savoir : 1° un cours de ventre non sanguin accompagné de grandes douleurs lancinantes ou spasmodiques ; 2° un flux de ventre douloureux venant de l'ouverture des vaisseaux mésaraïques sans que les intestins soient ulcérés ; 3° un flux de sang séreux ; 4° un flux putride provenant de la bile ou de la pituite qui, après s'être fixé sur les intestins, les ulcère et se précipite enfin avec un sang corrompu.

On ne saurait aujourd'hui se contenter d'une pareille division de la maladie, car elle laisse dans l'ombre des particularités absolument essentielles à connaître quand on veut l'étudier avec quelque précision ; mais elle nous montre que déjà, il y a vingt-trois siècles, les médecins reconnaissaient que la maladie présente des formes diverses entraînant suivant les cas des symptômes comme des indications thérapeutiques distinctes.

Quand on envisage la dysenterie à un point de vue général, soit à travers les âges, soit dans ses préférences géographiques, on est très frappé tout d'abord de cette particularité remarquable que, suivant les temps ou les lieux, on l'a vu affecter des allures très diverses. Tantôt elle se montre à l'état isolé, constituant un accident pathologique qui paraît être tout éventuel ; elle est, comme on dit, à l'état sporadique. — Tantôt, au contraire, elle règne habituellement dans un pays, ou pendant un temps plus ou moins long ; existant à l'état endémique, pour employer le terme consacré. Tantôt enfin elle survient, frappe et disparaît avec les allures que revêtent d'ordinaire les épidémies.

On n'observe pas dans les divers pays la dysenterie à l'état spo-

radique, endémique ou épidémique indifféremment ; les contrées du monde semblent avoir sous ce rapport une sorte de prédilection. C'est ainsi que la dysenterie sporadique existe presque exclusivement dans les climats froids ; que la dysenterie épidémique, quoique signalée partout, a une prédilection marquée pour la zone tempérée ; enfin que la dysenterie se voit à l'état endémique surtout dans les pays sub ou juxta tropicaux et dans la zone torride.

Ces trois états constituent-ils ou non une différence dans son essence même ? a-t-on affaire à une seule affection, à deux, à trois ? L'esprit a besoin d'être fixé, car faute de s'être entendus suffisamment sur cette question, les auteurs ont différé souvent d'opinion dans une telle mesure que l'obscurité la plus complète en est résultée. Précisons, pour éviter tout équivoque, ce qu'on a entendu par ces trois mots :

État sporadique. — Dans certains pays, ceux de la zone tempérée par exemple, où la dysenterie n'est pas fréquente, ou bien ne compte pas au nombre des maladies habituelles, on voit parfois un sujet en être atteint d'une manière plus ou moins sevère et la présenter sous le type sporadique, pour nous servir de l'expression consacrée. Or un fait capital a été mis hors de doute par l'observation, c'est que la symptomatologie de la maladie est toujours semblable dans ce cas à celle de l'état endémique ou épidémique, en faisant toutefois la part de certaines différences éventuelles et personnelles dans le degré de l'intensité. Il y a des cas de cette dysenterie sporadique qui sont très graves, de même qu'on en connaît de très benins dans les atteintes de dysenterie endémique ou de dysenterie épidémique, et *vice versa.* On peut donc dire en un mot que la scène morbide est la même, et tend à montrer déjà que quelque soit l'état, sporadique, endémique ou épidémique, c'est bien à la même essence de maladie que l'on a affaire.

Mais pour être autorisé à conclure à cette identité, une telle ressemblance de symptômes n'est pas suffisante ; il faut se demander si du côté de l'étiologie il y a la même concordance. Or je dirai *a priori* que oui, car si on y regarde de très près, on voit que la maladie est observée dans une des circonstances suivantes : ou bien c'est à un moment déterminé de l'année, ou bien le sujet se trouve dans des conditions spéciales.

Pour ce qui est du moment de l'année, c'est surtout pendant l'été, au commencement de l'automne, quelquefois, mais plus rarement, au printemps, que ces cas dits sporadiques se montrent de préférence. Et souvent alors on constate que la température, l'état orageux, la sécheresse ou l'alternative de chaleur sèche et d'humidité ont apporté des modifications passagères plus ou moins notables dans la manière d'être habituelle du climat.

Pour ce qui est de l'individu, nous laissons de côté le cas où il aurait habité les localités à dysenterie et où il aurait présenté la maladie antérieurement ; cas dans lesquels on peut faire intervenir une récidive par le fait d'une sorte d'habitude vicieuse morbide, ou bien d'une aptitude spéciale du sujet et par conséquent où la cause de l'atteinte est trop facilement reconnaissable. Mais en dehors de ces catégories d'individus, nous trouvons souvent chez ceux qui sont touchés par la maladie à l'état sporadique : ou bien qu'ils viennent d'éprouver des chagrins, des fatigues, des préoccupations, des émotions assez vives, ou bien qu'il y a eu dans leur existence des modifications récentes assez importantes pour jeter un certain trouble dans leurs fonctions biologiques.

Donc on peut dire que la maladie dépend dans ces cas sporadiques des deux conditions, ou d'une seule des deux conditions suivantes : état spécial de l'atmosphère, disposition particulière de l'individu. A ce titre, la dysenterie sporadique ne

serait jamais une maladie de pur hasard, et s'il était possible de toujours faire les investigations suffisantes, on arriverait à trouver d'une manière assurée l'influence étiologique dont nous parlons.

Sans doute ces conditions sont assez difficiles à déterminer dans un grand nombre de cas, et on pourrait objecter que toutes les fois que les individus se sont trouvés dans des occurrences pareilles ils n'ont pas été atteints par la dyssenterie ; mais on sent bien que de pareils arguments ne sont pas de mise ici, car nous n'avons pas la prétention de déterminer d'une manière absolument précise et avec la rigueur mathématique, les éléments d'un problème toujours excessivement complexe. Il suffit d'avoir indiqué l'horizon pour n'avoir pas l'obligation d'en tracer les lignes de telle sorte qu'on puisse les mesurer avec l'exactitude du géomètre.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que les individus atteints par cette dysenterie sporadique peuvent être catégorisés. Or en examinant l'état endémique et même épidémique de la maladie nous verrons aussi que précisément ceux-ci se trouvent dans les conditions de ceux-là, et nous sommes logiquement portés à conclure que ces cas sporadiques peuvent être considérés théoriquement comme une épidémie ou une endémie de dysenterie rapportée à sa plus simple expression, à l'unité même ; c'est-à-dire que la maladie est semblable dans les trois cas, chose qui ne manque pas d'avoir une grande importance.

État endémique. — La dysenterie est endémique dans certains pays, assez nombreux ; ces pays se rencontrent dans une infinité de contrées, rares mais non introuvables dans la zone froide de notre planète, plus fréquents dans la zone tempérée, plus fréquents en même temps que plus étendus dans la zone juxta-tropicale, et enfin plus fréquents et plus étendus encore dans la vaste étendue de pays qui va des tropiques à l'équateur.

Dans les pays où elle est endémique, la dysenterie ne s'observe pas avec une égale fréquence ou une même intensité à tous les moments de l'année et sur toutes les classes d'habitants ; au contraire, elle semble avoir une certaine prédilection bien marquée pour telle saison ou telle catégorie d'individus.

Pour ce qui est du temps, nous dirons que tant dans la zone torride que dans ceux de la zone juxta-tropicale ou tempérée la dysenterie apparaît ou bien devient notablement plus fréquente en même temps que plus grave, à la fin de l'été et au commencement de l'automne, c'est-à-dire à la fin de la période des chaleurs et au moment où apparaissent les premières fraîcheurs ; en d'autres termes quand les oscillations nycthémérales de température s'accentuent ; puis, après avoir duré un certain temps et à mesure que la température reste plus fraîche la dysenterie diminue de fréquence et de gravité comme si la tendance à la maladie s'était épuisée.

Il y a bien aussi des bouffées printanières de la maladie ; il n'est pas rare de la voir atteindre un assez grand nombre de sujets à ce moment de l'année, lorsque les chaleurs ont été précoces ou bien lorsque des pluies succèdent à une grande sécheresse sans avoir abaissé la température d'une manière permanente. Mais ces bouffées ne sont pas assez chargées sous le rapport du nombre pour pouvoir être comparées à celle que l'on voit à la fin de la saison chaude.

Ai-je besoin de rappeler que les anciens savaient parfaitement que la dysenterie s'aggrave, augmente de fréquence et de sévérité à la fin de l'été dans la zone méditerranéenne ? Cette indication nous montre que le phénomène est assez clair et assez constant pour avoir frappé les observateurs des époques les plus éloignées de nous.

Tous les individus ne sont pas également exposés aux atteintes de cette dysenterie endémique ; et dans les pays

où il y a des indigènes et des émigrants, c'est cette dernière catégorie qui paye le plus lourd tribut à la maladie en général. Dans les contrées, au contraire, où la population est formée par un élément local seulement, on voit les individus qui sont les plus exposés aux intempéries de l'atmosphère, ceux que leur profession expose aux brusques transitions de température être touchés plus particulièrement par la maladie; preuve puissante, pouvons-nous ajouter, que la dysenterie est en grande partie occasionnée par de brusques refroidissements du corps.

Qu'ils soient indigènes ou bien étrangers à la localité où règne la dysenterie endémique, nous devons ajouter que les individus sont aussi d'autant plus exposés à la contracter qu'ils ont des habitudes d'intempérance, font des excès et particulièrement des excès alcooliques, sont sous le coup de passions tristes, de dépression morale, ont été précédemment atteints par une maladie qui les a débilités, etc., etc.

Ces indications sommaires sont déjà capables de nous mettre sur la voie de bien des points intéressants de l'étiologie de la maladie ; mais pour le moment il nous suffit de retenir les particularités suivantes, à savoir : *A*. Que la dysenterie endémique apparaît, augmente considérablement ou s'aggrave lors de l'arrivée des premières fraîcheurs après la saison chaude. *B*. Que quelques plus rares fois elle se montre, mais à un degré moins grand de fréquence, quand les premières chaleurs du printemps sont plus fortes, plus précoces, par conséquent plus pénibles, ou qu'elles sont traversées par des pluies, des inondations, des crues des cours d'eau, etc., etc.

D'un autre côté nous notons aussi, d'après ce que nous avons dit tantôt : *C*. Que les étrangers, surtout les étrangers nés dans un pays plus froid que celui ou règne la dysenterie endémique, sont plus souvent et plus sévèrement atteints que les indi-

gènes. *D*. Que les individus qui exercent des professions qui les exposent aux refroidissements brusques sont plus souvent touchés que les autres, toutes choses égales d'ailleurs. *E*. Enfin, que ceux qui font des excès et surtout des excès de boisson, ceux qui sont sous le coup de passions tristes, qui relèvent de maladie, qui sont affaiblis par ailleurs déjà payent un plus large impôt que les autres à la maladie.

Ces indications nous montrent que tant pour la dysenterie endémique que pour la sporadique, il y a des conditions bien déterminées; et nous voyons que ces conditions sont assez analogues pour que l'idée de la même nature de maladie gagne du terrain dans l'esprit.

État épidémique. — La dysenterie s'est montrée sous forme épidémique un nombre incalculable de fois, et nous voyons en étudiant l'histoire des divers peuples connus, qu'aussi fréquemment, plus fréquemment peut-être que les autres maladies : le typhus, la peste, le choléra, la variole, la fièvre jaune, etc., etc., elle a désolé des pays entiers, elle a décimé les populations ou les agglomérations d'hommes dans une infinité de contrées.

Nous avons dit précédemment que dans les temps les plus reculés déjà on avait signalé des épidémies de dysenterie; nous pouvons ajouter que chaque siècle depuis en a présenté une ou plusieurs, et que de nos jours elles se montrent à chaque instant. Ajoutons à l'énumération que j'ai faite précédemment que dans des temps déjà éloignés de nous, en 1538, par exemple, la dysenterie épidémique a produit des ravages plus grands que ceux que nous sommes habitués à lui voir faire de nos jours dans nos pays; en effet, elle envahit toute l'Europe et fit un nombre considérable de victimes. Dans la seconde moitié du XVIe siècle, dans le XVIIe, dans le XVIIIe on l'a vue à chaque instant éclater çà et là dans le vieux monde. Dans le cours de notre siècle non seulement elle a souvent régné en Europe, mais encore l'Amé-

rique du Nord en a enregistré de nombreuses atteintes plus ou moins généralisées, durant plus ou moins longtemps.

Je ne puis entreprendre ici d'énumérer les épidémies de dysenterie qui sont signalées par la science ; il faudrait écrire un gros volume rien que pour donner l'indication de l'apparition, de la durée et des allures de celles qui ont été plus spécialement observées. Pour prouver ce que j'avance là, je dirai que Hirsch a recueilli sans grande peine jusqu'à 546 indications de ces épidémies dans un espace de temps relativement restreint; on pourrait aller facilement jusqu'à mille aujourd'hui.

La première question qui se pose à l'esprit quand on prononce le nom de dysenterie épidémique, c'est de savoir si la maladie a toujours été semblable quand elle s'est montrée sous cette forme. La réponse négative est facile à faire, les faits fourmillent, en effet, pour le démontrer. Il est absolument certain que dans nombre de cas on a confondu la maladie avec d'autres : fièvre typhoïde et typhus, de sorte qu'avant d'aller plus loin, il est absolument nécessaire de faire de nombreuses éliminations dans les observations qui sont fournies comme appartenant à la dysenterie régnant sous forme épidémique, si on veut ne comparer que des choses semblables et d'égale signification pathologique.

Une preuve entre plusieurs que je puis donner à l'appui de mon opinion c'est qu'il est à remarquer que ces faits de longue durée et d'oscillation d'une épidémie, durant plusieurs années dans un pays, sont plus fréquents dans les siècles passés que dans le nôtre, et que souvent alors la dysenterie a régné coïncidemment avec le typhus, au dire des auteurs qui s'en sont occupés d'une manière spéciale; ce qui autorise à penser qu'elle n'a pas toujours été bien séparée de ce typhus et de la fièvre typhoïde dans l'esprit de ceux qui l'ont observée.

Les épidémies de dysenterie ont été signalées dans les régions où règne la dysenterie endémique comme dans celles où on ne voit d'ordinaire que l'état sporadique. Dans le premier cas elles peuvent, avec grande apparence de raison, n'être considérées que comme l'exagération de l'endémie habituelle sous l'influence de causes assez facilement tangibles : chaleur éventuelle inusitée, accroissement passager du nombre d'individus aptes à contracter la maladie ; car tant sous le rapport des symptômes que sous tous les autres, la maladie n'a pas différé sensiblement de ce qu'on observait d'ordinaire dans la contrée.

Il ne reste donc plus à examiner que la dysenterie épidémique de la zone tempérée pour décider si elle est ou non de même nature que la dysenterie endémique. Or, je ferai remarquer tout d'abord que la dysenterie épidémique ne l'est très généralement que dans deux conditions bien déterminées : ou bien dans des moments où des perturbations atmosphériques, la chaleur et la sécheresse, avaient été assez insolites pour frapper l'esprit des moindres observateurs ; ou bien chez des populations préparées pour ainsi dire par la misère, la guerre, l'encombrement des habitations, la grossièreté de l'alimentation à l'envahissement de l'épidémie.

De prime abord, quand on entend parler de ces épidémies de dysenterie qui ont régné à divers moment dans telle ou telle contrée, on se demande si on a eu affaire à une maladie comparable aux autres maladies épidémiques, le choléra, le typhus, la fièvre jaune, par exemple. Or, si nous éliminons de la discussion les faits des siècles précédents pour lesquels, comme nous l'avons spécifié déjà, il y a beaucoup à dire, car à cette époque où la fièvre typhoïde n'avait pas encore été dégagée comme entité morbide distincte des autres, on a, j'en suis certain, appelé du nom de dysenterie épidémique nombre d'atteintes que nous considérons seulement aujour-

d'hui comme de la fièvre typhoïde avec prédominance des phénomènes intestinaux. Si nous éliminons, dis-je, de la discussion les faits obscurs des siècles passés pour ne parler que des épidémies de ce siècle sur lesquelles nous avons des renseignements bien précis, nous voyons que la dysenterie dite épidémique n'a pas constitué une maladie analogue au choléra, au typhus, mais au contraire n'a pas été différente de l'endémique et de la sporadique.

Nous ne nous baserons pas pour différencier la dysenterie épidémique des autres maladies de cette catégorie : la fièvre jaune, le choléra, etc., etc., sur la saison de son apparition, de son acuité, etc., etc., car on pourrait nous objecter que de même que telle d'entre elles semblent éclore de préférence à tel moment de l'année, telle autre se montre dans une saison différente. Mais nous nous baserons sur les allures de la diffusion de la maladie qui peuvent nous renseigner d'une manière beaucoup plus précise. C'est ainsi, par exemple, que tandis qu'on voit la fièvre jaune, le choléra, la variole, etc., se montrer d'abord dans un point limité de telle sorte qu'on a pu très souvent déterminer avec une précision absolue l'origine même de l'épidémie, au contraire, la dysenterie a commencé dans une zone assez grande de pays pour qu'on arrive à la conclusion qu'elle a eu plusieurs points d'origine.

Après être nées, pour ainsi dire, dans un point unique, bien limité, les épidémies de fièvre jaune, de variole, etc., etc., vont envahissant successivement les pays de proche en proche selon des lois faciles à saisir, et même lorsqu'il y a un de ces écarts qui paraissent insolites : à savoir des points voisins qui paraissent garantis et d'autres plus éloignés qui semblent atteints avant leur heure, on peut presque toujours s'apercevoir que l'exception apparente n'est pas une anomalie, mais que les relations commerciales, les courants humains l'expliquent très bien.

Au contraire, chose pareille ne se voit pas pour la dysenterie qui, au lieu de progresser méthodiquement, va d'une manière qui semble capricieuse et qui ne s'astreint pas aux règles que suivent les autres. Ces épidémies de dysenterie sont souvent localisées dans certains endroits déterminés, casernes, prisons, hôpitaux, ou bien dans une portion de ville, un village, une ville ou un canton, sans toucher aux localités voisines même alors qu'elles sont très proches et ont des relations incessantes avec le foyer épidémique. Les autres maladies épidémiques ne sont pas de beaucoup aussi souvent localisées, ce qui est encore une différence. Mais même au cas où l'on voit ces épidémies de fièvre jaune, de choléra, de typhus se localiser dans un endroit donné, la dysenterie est encore essentiellement différente; et en effet elle ne fait courir aucun danger aux étrangers à la localité qui viennent se mettre pour un temps limité au contact du foyer épidémique, tandis au contraire que ces étrangers sont fréquemment les victimes de prédilection dans l'autre cas, même alors parfois qu'ils n'ont fait que passer dans le voisinage. En d'autres termes, la contagiosité de la dysenterie épidémique paraît nulle; celle des autres maladies précitées considérable.

Mon opinion sur l'identité de nature de la dysenterie, quelle que soit la forme clinique de ses allures, sporadique, endémique ou épidémique, s'est faite tant par l'examen des malades que j'ai observés que par la lecture des auteurs les plus autorisés dans la question des flux du ventre. Parmi les derniers je citerai par exemple le dire de Hunter. « La dysenterie, telle qu'elle se montre à la Jamaïque, est absolument la même que celle décrite par Sydenham, Pringle, Backer et autres, et ne se distingue en rien de la dysenterie qui, pendant les années 1779 et 1780, régna à Londres » (Hunter, p. 164).

Blecker (cité par Hirsch) dit de son côté : « Quelle que soit la

forme ou le caractère de la dysenterie, ses symptômes pathologo-anatomiques sont les mêmes et ne diffèrent qu'en quantité et qu'en forme. Quant aux symptômes qualificatifs ils ne changent jamais.... La division de la dysenterie en diverses sortes n'a aucune valeur pathologo-anatomique ; elle est néanmoins d'un avantage pratique, parce que, basée sur la violence de la maladie, sur le mode et l'étendue de la réaction dans l'organisme et sur les complications, elle nous indique la médication à suivre. »

Pringle (*Maladies des armées*, p. 264) dit à son tour : « Je puis assurer que toutes les épidémies que j'ai observées dans l'armée étaient de la même espèce, et le docteur Huck ainsi que d'autres médecins qui étaient appelés pendant la dernière guerre à exercer leur art non seulement en Allemagne, mais encore à Minorque, en Amérique et dans les Indes occidentales, m'ont certifié que cette maladie s'était montrée dans ces pays avec les mêmes caractères et les mêmes symptômes quoique plus ou moins violents selon le degré de la chaleur et qu'elle guérissait toujours par les mêmes moyens. »

On voit par ces quelques citations, qu'il me serait facile de rendre infiniment plus nombreuses, par quelques recherches bibliographiques, que j'ai pu sans hésitation, en m'appuyant sur de pareilles autorités, me laisser aller à l'impression que j'éprouvais par l'examen clinique. Je suis donc porté à penser que la dysenterie épidémique proprement dite, c'est-à-dire abstraction faite des cas où l'on a eu affaire soit à un mélange de dysenterie et de typhus ou de fièvre typhoïde, soit à la fièvre typhoïde avec prédominance des phénomènes intestinaux seulement ; que la dysenterie épidémique, dis-je, ne diffère pas dans son essence et comme entité morbide de la dysenterie endémique. Et comme celle-ci me paraît à son tour ne pas différer de la dysenterie sporadique, nous pouvons conclure que

nous avons affaire dans les trois cas à des variétés de la même maladie, n'entraînant sous le rapport de la symptomatologie comme sous celui du traitement que des différences du plus au moins d'une assez minime importance en fin de compte.

De même que quelques auteurs ont admis une dysenterie endémique, une sporadique, une autre épidémique, nombre de médecins ont cru pouvoir considérer comme des variétés bien établies : une dyssenterie *a frigore* ou catarrhale ; — une dysenterie par infection putride ; — une dysenterie des pays chauds. Plus d'un a même pensé que ces variétés présentaient assez de différences pour pouvoir être bien séparées l'une de l'autre. Telle n'est pas mon opinion, et je vais essayer d'en donner les raisons.

La dyssenterie dite catarrhale ou *a frigore* est-elle différente de celle qu'on attribue à l'infection putride ? Au point de vue des symptômes non assurément; car de même qu'on voit dans la première des cas légers ou graves, la forme bilieuse, sanglante, gangréneuse, etc., etc., de même on observe absolument toutes les variétés possibles dans l'autre. — D'ailleurs le diagnostic de la cause de la maladie est-il bien facile ? Je ne puis le croire pour ma part ; bien plus, j'affirmerai le contraire, car dans les pays comme le Sénégal, par exemple, où l'on voit à chaque instant des atteintes dues bien manifestement à un refroidissement, c'est-à-dire des faits de dysenterie catarrhale, et des atteintes engendrées par l'usage de l'eau surchargée de détritus organique, ou dysenterie putride par excellence, on n'a jamais songé à établir la moindre différence entre elles ; et cela pour une excellente raison, c'est qu'en somme cette différence serait aussi difficile que stérile à reconnaître dans la pratique.

Quant à ce qui est de l'appellation : dysenterie des pays chauds, pouvons-nous l'accepter sans hésitation ? Non, il me

semble, car où fixerions-nous, dans ce cas, ses limites dans celle des pays tempérés ? J'ai vu certes cette dysenterie un peu sous toutes les latitudes, sur les côtes de l'Océan et de la mer du Nord, depuis le Gabon jusqu'en Norwège, et j'avoue que je n'ai pas pu établir une ligne de démarcation réelle entre les diverses atteintes dans un moment donné. C'est qu'en effet, qu'on l'observe au Gabon, au Sénégal ou en Algérie, cette dysenterie est la même si rigoureusement, que personne ne songe à lui contester le titre de dysenterie des pays chauds. Si en passant le détroit de Gibraltar nous arrivons en Espagne, contesterons-nous à la dysenterie qu'on y observe parfois le nom de dysenterie des pays chauds ? Non bien certainement, car je garantis que c'est en vain qu'on chercherait une différence réelle entre les symptômes, la gravité, la tenacité, etc., etc., toutes choses égales d'ailleurs.

Il faut que je m'explique à ce sujet : au Sénégal, les conditions de la genèse de cette dysenterie durent presque toute l'année, pour ainsi dire ; en Algérie ce temps est moins long; en Espagne il est moins long encore, de sorte que si on observe ce qui se passe au mois de décembre, par exemple, on voit bien que la dysenterie, très fréquente et très sévère au Sénégal, l'est moins en Algérie, n'existe plus en Espagne. La chose est incontestable ; mais si nous examinions en revanche ce qui se voit en septembre, nous constaterions qu'entre trois atteintes, une prise au Sénégal, l'autre en Algérie, la troisième en Espagne, il n'y a de fait aucune différence à établir. — Le nombre des atteintes peut être différent d'un pays à l'autre, mais c'est pour des raisons étrangères à la maladie ; le fait capital c'est que sous le rapport de l'intensité des phénomènes morbides, de la gravité de l'atteinte, etc. etc., il n'y a absolument aucune différence dans certains cas, et cela justifie à mes yeux l'opinion qu'on ne peut établir une différence sérieuse par l'appellation

de dysenterie des pays chauds comparativement à celle de dysenterie des pays tempérés.

Étant admis que la dysenterie est la même, qu'on l'observe en Algérie ou dans les régions chaudes de l'Espagne, je n'aurai pas de peine à montrer par le même raisonnement que des atteintes qu'on observe dans la péninsule Ibérique à celles que l'on voit en France, il n'y a pas de différence absolue non plus. La saison où cette dysenterie peut se montrer fréquente et sévère est moins longue ordinairement en France qu'en Espagne ; les individus y sont moins exposés pour maintes et maintes raisons ; mais laissant de côté la question de fréquence ou de rareté, n'envisageant comparativement que deux individus atteints par la maladie, j'affirme pour l'avoir examiné avec soin que les phénomènes morbides sont exactement les mêmes, toutes choses égales d'ailleurs. Un individu peut avoir aussi bien des désordres extrêmes, une gangrène de l'intestin, une perforation, etc. etc., sous le parallèle de Paris que sous celui de Saint-Louis, Sierra-Leone ou du Gabon.

Donc en résumé, l'appellation dysenterie des pays chauds ne saurait entraîner aucune différence dans l'idée qu'on se fait de la nature de la maladie. Cette maladie est plus fréquente ici que là, on a plus de chances de la voir se développer, s'aggraver dans un pays que dans l'autre ; mais en somme, qu'on l'étudie au nord ou au midi, c'est toujours la même essence morbide, on ne saurait le contester.

A diverses époques on a voulu faire une autre division dans l'étude de la dysenterie ; on a pensé que suivant qu'elle était observée dans telle ou telle partie du monde, elle avait des caractères différents ; de sorte qu'on aurait eu aussi non seulement une dysenterie des pays chauds et une dysenterie des pays tempérés, mais encore une dysenterie de l'ancien continent et une du nouveau monde. Bien plus, on était fatale-

ment entraîné alors à admettre nombre de sous-variétés dont la diarrhée de Cochinchine, par exemple, a été le terme le plus en réputation dans notre époque. Je ne saurais, pour ma part, accepter une pareille manière de voir, car je suis convaincu par expérience, que la dysenterie est la même, toutes choses égales d'ailleurs dans le nouveau comme dans l'ancien monde, sous les tropiques comme dans la zone sub-tropicale tempérée, froide. Et si le plus souvent elle est plus sévère dans tel pays plutôt que dans tel autre, on aurait le plus grand tort de croire que celle qui est observée dans tel pays est d'essence plus grave ou plus bénigne dans tous les cas que celle qui est observée dans une autre localité, un autre hémisphère, un autre parallèle de latitude ou un autre degré de longitude.

Les auteurs du siècle dernier partageaient volontiers la dysenterie en blanche et rouge, suivant que les selles contenaient un fluide séreux ou du sang en certaine quantité; mais Zimmermann attaqua déjà cette classification, qui a succombé définitivement dès lors sous ses critiques.

Zimmermann ne pouvait manquer à son tour de formuler une classification dès le moment qu'il n'approuvait pas celles qui avaient été fournies avant lui; aussi admit-il quatre variétés ou espèces principales : 1° la dysenterie qui accompagne une fièvre inflammatoire; 2° celle qui accompagne une fièvre bilieuse ou putride; 3° celle qui accompagne une fièvre maligne; 4° la dysenterie lente ou chronique.

Stoll de se son côté, assimilant la dysenterie au rhumatisme, tant sous le rapport nosologique que pour l'étiologie, a proposé la division suivante : 1° la dysenterie rhumatismale simple, séreuse, sans complications; 2° la dysenterie rhumatismale bilieuse, ou bilieuse simple; 3° la fièvre bilieuse dysentérique; 4° la dysenterie putride ou synoque dysentérique putride; 5° la dysenterie inflammatoire, bénigne ou maligne, succédant

à la diarrhée et n'étant qu'un de ses degrés plus élevé ; 6° la dysenterie compliquée, c'est-à-dire à la fois bilieuse et inflammatoire ; 7° la dysenterie séreuse.

Fournier et Vaidy, dans le dictionnaire en 60 volumes, voulurent partager la dysenterie en sept espèces aussi : 1° la dysenterie inflammatoire ; 2° la muqueuse ; 3° la gastrique ; 4° la dysenterie compliquée de typhus ; 5° la dysenterie adynamique ; 6° l'ataxique ; 7° l'intermittente.

Vallei a cru pouvoir partager la dysenterie en deux catégories ou formes : 1° la dysenterie non fébrile ; 2° la dysenterie fébrile. Dans la première il place les atteintes bénignes ou sporadiques ; dans la seconde, au contraire, il fait entrer les cas graves. Cette division ne saurait être adoptée, car elle confond des états très différents et sépare en deux d'autres qui ne sauraient pas être scindés ainsi sans préjudice.

Segond, qui a exercé dans les pays chauds avec une grande autorité, avait adopté (*Documents relatifs à la méthode électique employée contre la dysenterie*, Paris, 1836) la classification suivante, qui partage la dysenterie en trois variétés : 1° la mucoso-sanguinolente ; 2° la séreuse ; 3° la bilieuse. Cette classification ne peut pas plus que nombre d'autres fournir un criterium absolu de nos jours, car comme elles elle est passible de plus d'un reproche.

Cornuel, dont le nom a fait autorité parmi les médecins de la marine, a classé dans un remarquable travail (*Mémoire sur la dysenterie observée à la Basse-Terre* (Guadeloupe), Mémoires de l'Académie de Médecine, 1840, t. VIII) la dysenterie sous cinq formes distinctes : 1° la dysenterie suraiguë ou gangréneuse ; 2° la dysenterie aiguë, mucoso-sanguinolente ; 3° la dysenterie bilieuse aiguë ou chronique ; 4° la dysenterie séreuse quelquefois aiguë, mais le plus souvent chronique ; 5° la dysenterie purulente.

Dutrouleau, dans son remarquable livre dont j'ai si souvent fait l'éloge, a divisé la dysenterie en aiguë et chronique, subdivisant la première en trois degrés : légère, moyenne, grave, et ne faisant qu'une classe de la seconde.

Delioux de Savignac, dans son traité écrit pensé avec le plus grand soin, a partagé la dysenterie en neuf catégories ou formes qui sont :

1° la forme simple ou catarrhale ;

2° la forme inflammatoire;

3° la forme bilieuse;

4° la forme typhoïde;

5° la forme gangréneuse;

6° la forme hémorrhagique;

7° la forme athermique ;

8° la forme rhumatoïde;

9° la forme chronique.

Il y a plusieurs années déjà que, pour ma part j'ai adopté la division suivante dans l'étude de la dysenterie;

A. Flux de ventre aigus se partageant en trois degrés : 1° degré léger ou diarrhée aiguë ; 2° degré moyen ou dysenterie de moyenne gravité ; 3° degré grave ou dysenterie sévère.

B. Flux de ventre de transition, comprenant deux variétés : 1° La colite dysentriqué ; 2° la cerectite dysentérique.

C. Flux de ventre chronique se divisant en deux sous-catégories : 1° la dysenterie chronique ; 2° la diarrhée chronique.

Je reconnais volontiers à l'avance que, dans plus d'un cas, il est très difficile de spécifier où s'arrête une des catégories ci-dessus indiquées et où commence l'autre ; mais néanmoins c'est encore cette classification qui m'a paru permettre l'étude de la maladie de la manière la plus simple et la plus facile, aussi est-ce celle que j'adopterai dans le courant du présent travail.

CHAPITRE DEUXIEME

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA MALADIE

Nous allons nous occuper actuellement de la symptomatologie de la dysenterie, dont nous présenterons une description générale faite pour fixer tout d'abord les idées sur les principaux traits de sa manière d'être. Il est naturel, on le comprend, que nous suivions pour cela la division que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire que nous fassions trois catégories principales : *A.* les flux de ventre aigus ; — *B.* les flux de ventre de transition ; — *C.* les flux de ventre chroniques.

A. — FLUX DE VENTRE AIGUS

Comme nous l'avons indiqué déjà, les flux de ventre aigus comportent trois degrés : 1° la dysenterie légère, du premier degré, ou diarrhée aiguë. — 2° la dysenterie de moyenne intensité, du second degré, ou dysenterie ordinaire de quelques auteurs ; — 3° la dysenterie grave, du troisième degré, ou dysenterie maligne de certains nosologistes.

1° *Dysenterie aiguë légère, du premier degré, ou diarrhée aiguë.*

C'est le degré le plus simple des flux de ventre, ce que les auteurs des siècles précédents appelaient volontiers la dysenterie blanche, ce que l'on a souvent caractérisé du nom de dysenterie rhumatismale, catarrhale, appellations essentiellement fautives à mon avis, car il n'y a aucune raison plausible pour donner ces noms au degré actuel au détriment des autres.

Ce degré survient souvent sans que le sujet en puisse déterminer la cause, qui est généralement soit un refroidissement soit une légère indigestion, soit une ingestion inconsidérée de liquide aqueux, qui a agi comme refroidissement et indigestion à la fois ; soit l'usage d'une eau ou d'un aliment de mauvaise qualité; soit à la respiration d'un air alteré ; soit enfin une débâcle bilieuse, résultat d'une suractivité du foie excité anormalement par une température élevée ou telle autre condition.

La diarrhée qui nous occupe est une maladie de tous les pays ; on l'observe à chaque instant sous toutes les latitudes et en toutes saisons ; cependant il faut reconnaître que, toutes choses égales d'ailleurs, elle se rencontre plus souvent dans les régions chaudes de la terre et pendant la saison estivale. A ce propos nous devons tout d'abord nous arrêter un instant sur une question qui a besoin d'être mise en lumière dans l'esprit du lecteur, car c'est le moment de m'élever encore, comme je l'ai fait à plusieurs reprises précédemment, contre une erreur trop facilement accréditée par nombre d'auteurs : dans les pays chauds les malades et les médecins ont considéré souvent cette diarrhée comme une sorte de tribut d'acclimatement après lequel le nouvel arrivé a son corps placé à l'unisson des conditions qui régissent l'existence dans les contrées où la température est élevée, zone équatoriale, tropicale ou sub-tropicale.

Après m'être payé longtemps comme les autres de cette raison sans en vérifier l'exactitude, je me suis demandé un jour si cette diarrhée n'était pas tout simplement un accident pathologique dans lequel l'acclimatement n'avait rien à voir, et après y avoir songé mûrement je suis arrivé à penser qu'il vaudrait mieux pour le sujet, toutes choses égales d'ailleurs, ne pas voir survenir cette diarrhée, car elle fatigue, elle affaiblit plus ou moins l'organisme sans autre bénéfice dans l'immense majorité des cas. En un mot, cette diarrhée prétendue d'acclimatement dans les pays chauds n'est qu'une première attaque de ce long assaut que l'Européen va subir pendant tout le temps de son séjour hors de la zone tempérée dans laquelle et pour laquelle son corps a été créé.

Et remarquons qu'en y réfléchissant un peu on arrive bien vite à ne voir dans cette opinion qui veut qu'il existe une diarrhée d'acclimatement, à ne voir, dis-je, qu'un paradoxe sans solidité ; car les créoles blancs ou colorés, les aborigènes d'une contrée, ceux qui y habitent depuis de longues années sont exposés à présenter absolument comme les autres, et plus facilement peut-être que les autres, ces atteintes de diarrhée légère. On ne saurait l'appeler pour ce qui les concerne un phénomène d'acclimatement ; on n'hésite pas un seul instant à ne la considérer pour eux que comme un pur accident pathologique. Pourquoi la même atteinte aurait-elle une signification différente chez les Européens ? D'autre part il est de notoriété que, dans la zone tempérée et dans les pays froids même, on observe plus d'une fois des atteintes de diarrhée absolument semblables à celles qu'on rencontre dans les contrées torrides, et pour elles on ne pourrait vraiment parler de crise d'acclimatement, surtout lorsqu'il s'agit d'individus nés dans le pays et ne l'ayant jamais quitté ; de sorte, on le voit, que l'opinion n'est pas défendable.

Une fois lancé dans cet ordre d'idées j'ai été bientôt convaincu que cette prétendue diarrhée d'acclimatement est, comme je le disais tantôt, une erreur trop longtemps accréditée, et par conséquent j'estime qu'au lieu de voir arriver la diarrhée des premiers temps comme un secours favorable, il faut la considérer comme l'avant-garde de l'ennemi et se préparer à la lutte aussi vigoureusement que de raison. C'est-à-dire qu'au lieu de laisser complaisamment couler les selles pendant plusieurs jours, il faut après la seconde ou la troisième journée, si le trouble intestinal ne cède pas, recourir à une purgation déplétive du système porte et modificatrice de la sécrétion biliaire comme des liquides et de l'épithélium intestinal. J'aurai, d'ailleurs, à revenir sur cette idée, tant en m'occupant de l'étiologie de la dysenterie qu'en parlant de son traitement.

La scène débute dans le degré qui nous occupe par quelques coliques qui sont parfois assez pénibles. On dirait que les mouvements péristaltiques sont exagérés par le passage d'un liquide et de gaz à travers le tube digestif. Parfois ces coliques sont précédées des phénomènes d'une mauvaise digestion stomacale, mais souvent aussi elles apparaissent sans cause immédiate bien apparente. C'est particulièrement dans la nuit, vers le matin, qu'elles commencent à se montrer, réveillant ainsi le malade d'une manière très désagréable.

La première selle est parfois solide au début, lorsque, par exemple, le sujet est pris au milieu de la santé et alors qu'il était un peu constipé les jours précédents; mais avant sa terminaison elle s'est ramollie au point de devenir liquide. Elle se fait avec des douleurs de ventre assez pénibles et souvent soit avec des crampes d'estomac, soit avec des bâillements, des pandiculations, des nausées même. Le sujet éprouve, en un mot, tous les phénomènes d'un état nerveux qui ne laisse pas que d'être pénible.

Bientôt les selles arrivent brusquement à l'anus et sont rendues en flot; elles sont d'aspect différent suivant les sujets : tantôt brunes, tantôt jaunâtres, tantôt grisâtres. D'abord fétides lorsqu'elles ont suivi une mauvaise digestion, elles n'ont ensuite qu'une odeur faible. Au début elles ont la consistance d'une purée, et un caractère très fréquent qu'elles présentent, c'est d'entrer presque aussitôt en fermentation dès qu'elles ont été émises; en effet, on voit de petites bulles gazeuses venir crever à leur surface et cette surface, est même parfois légèrement mousseuse pendant quelques instants.

Dans quelques cas la dysenterie du premier degré débute par une véritable attaque de cholérine qu'on me permettra de ne pas décrire, car on sait trop bien quels sont ses caractères symptomatiques. Je dirai seulement que cette cholérine peut être le début non seulement de la dysenterie légère, mais encore celui de la dysenterie à tous les degrés de gravité. Cette cholérine peut survenir aussi à tous les moments de l'affection : commencement, cours, terminaison, convalescence même.

Ajoutons enfin que la dysenterie commence souvent aussi par une diarrhée moyenne sans coliques vives et sans ténesme, s'aggravant peu à peu au point que le sang apparaît trois ou quatre jours après l'invasion dans les déjections.

La couleur des selles n'indique parfois pas grand'chose dans la dysenterie du premier degré qui nous occupe, mais, cependant, elle prouve souvent au médecin qu'il y a une débâcle bilieuse plus ou moins active; ce qui a certainement son importance, tant au point de vue du traitement immédiat à instituer, que pour ce que le malade devra faire ultérieurement. En effet, dans le cas d'excrétion bilieuse abondante, il faudra le purger de nouveau quelques jours après la cessation de la diarrhée, si la santé tarde quelque peu à revenir tout entière ; et même au premier malaise ultérieur, il sera prudent de ne

pas hésiter à débarrasser le foie de l'excès de sa sécrétion par un ou plusieurs purgatifs.

Après les premières selles, il se manifeste souvent un peu d'érythème anal avec chaleur pénible au fondement. Souvent la diarrhée, n'ayant qu'une durée éphémère, cet érythème n'apparaît que lorsque le calme s'est rétabli, et nombre de gens du vulgaire croient qu'il est un indice de guérison ; mais, en réfléchissant au mécanisme de sa production et à sa nature, on comprend facilement qu'il ne fait que coïncider alors avec la guérison sans être lié à elle comme cause à effet.

Le plus souvent il n'y a pas de réaction fébrile, la température reste normale, le pouls n'est pas influencé, si ce n'est quand des coliques assez violentes surviennent. Ce n'est que dans une forme plus intense de la dysenterie que la fièvre peut apparaître ; cependant si la diarrhée, même légère, dure pendant quelques jours, elle jette le sujet dans un état désagréable qui, s'il n'est pas encore la maladie, n'est déjà plus la santé.

L'état des premières voies ne présente rien de bien saillant ne général, un peu d'anorexie parfois, la langue un peu blanche ; mais souvent aussi rien autre que les selles liquides et en plus grand nombre qu'il ne faut, n'est l'indice du dérangement actuel. Il faut faire attention, pour le traitement, à cet état des premières voies, car souvent on en déduira l'opportunité de moyens thérapeutiques particuliers, un ipéca, par exemple, qui simplifieront très heureusement la scène et faciliteront la guérison, qu'on obtiendrait beaucoup plus difficilement sans eux.

Dans le cas le plus léger, le dérangement de l'intestin cesse de lui-même après quelques évacuations au nombre de quatre à dix en quelques heures. Mais, trop souvent, le dévoiement persiste pendant quelques jours, et fréquemment fatigue assez pour réclamer l'intervention du médecin.

J'ai vu nombre d'individus être ainsi touchés par cette diarrhée pendant les premières semaines de leur séjour à la Martinique, comme je l'avais vu en Sénégambie et en Algérie. Les uns en étaient effrayés, les autres s'en réjouissaient presque, à l'idée que c'était leur tribut d'acclimatement. Pour ma part, je ne partageais ni leurs craintes ni leur satisfaction, sachant par expérience que si, dans la grande majorité des cas, cette diarrhée légère guérit vite et bien sans laisser de traces qu'une fatigue de quelques jours, il arrive souvent aussi que le sujet conserve après cette atteinte une fâcheuse disposition à la récidive ; sachant aussi que, lorsqu'elle s'est montrée ainsi à plusieurs reprises sans aucune apparence de gravité, elle acquiert une ténacité qui ne cède ni aux précautions hygiéniques que prend le sujet, ni aux moyens thérapeutiques qu'em ploie le médecin.

Dutrouleau, dont la grande expérience doit toujours être invoquée quand on parle des maladies des pays chauds, avait été frappé déjà de cette triste propriété de la dysenterie légère ; car il disait à son sujet : « La maladie se joue des efforts du médecin; elle paraît céder pendant quelques jours par la diminution et le changement de nature des selles ; puis bientôt reviennent, sans qu'on puisse se l'expliquer, les déjections liquides qui épuisent les forces du malade. Beaucoup de médecins s'obstinent à accuser de ces rechutes des écarts de régime qu'ils ne peuvent cependant pas constater. Mais si c'est là, en effet, la cause pour quelques cas, on est bien forcé de reconnaître que, pour beaucoup d'autres, c'est l'action continue des influences endémiques qui ont acquis plus de puissance que tous les moyens que peut leur opposer la médecine, et contre lesquelles les organes ne peuvent plus réagir. » Je signale ce remarquable passage du livre de mon éminent prédécesseur aux méditations de ceux qui s'occupent de la dysenterie des

pays chauds dans les foyers mêmes; ils seront, comme moi, frappés et de son exactitude, et de sa profondeur de vue.

Dans la zone tempérée on voit infiniment moins souvent que dans les pays chauds cette dysenterie du premier degré ou diarrhée aiguë persister avec obstination, récidiver à maintes reprises, et finir par mettre les jours du malade en danger. Mais cependant on l'observe quelquefois, et dans les hôpitaux militaires, par exemple, on voit assez fréquemment de jeunes conscrits, chez lesquels la nostalgie a une certaine prise, présenter ces phénomènes avec plus ou moins de persistance et de danger.

Le lecteur comprend facilement à la peinture que nous venons de faire de la symptomatologie de cette dysenterie du premier degré ou diarrhée aiguë, que la dysenterie bilieuse ou la forme bilieuse de certains auteurs peut entrer en tout ou en partie dans la catégorie qui nous occupe; en effet, que faut-il pour cela? que l'*état bilieux* du sujet soit un peu plus accusé qu'à l'état normal, c'est-à-dire qu'il ait un peu plus d'anorexie, d'embarras gastrique ou bilieux, de tendance à la teinte jaune de la peau ou même seulement des conjonctives, que les selles soient d'apparence plus franchement bilieuse, c'est-à-dire jaunes, vertes ou marron clair. Mais il faut convenir que cette constatation ne présente pas un intérêt bien grand. Elle pourrait même, il me semble, entrer en ligne de compte pour montrer l'imperfection des classifications de Zimmermann, de Stoll, de Pringle, etc. etc. Ce que ces auteurs ont appelé la dysenterie bilieuse ou la forme bilieuse de la dysenterie étant tantôt en tout semblable à ce que nous venons de décrire et ne présentant en réalité aucune gravité, tantôt, au contraire, étant beaucoup plus sévère sans cependant être différente de nature, de sorte que par la seule augmentation d'intensité de la biliosité ils ont été entraînés à ranger dans

une même catégorie des atteintes autrement plus graves que le premier degré qui nous occupe.

La dysenterie du premier degré ou diarrhée aiguë peut se terminer de quatre manières : *A.* par la guérison; *B.* par l'apparition de la dysenterie du second degré, proprement dite ; *C.* par celle de la rectite ; *D.* par la diarrhée chronique.

Nous n'avons pas besoin d'indiquer ici les phénomènes qui accompagnent ces terminaisons ; ceux de la guérison tombent trop facilement sous le sens pour nous arrêter; les autres seront étudiés quand nous parlerons du second degré, de la rectite, ou de la diarrhée chronique.

2° *Dysenterie moyenne ou du 2e degré.*

Ce degré de la dysenterie survient parfois après le premier degré ou diarrhée qui a duré plus ou moins longtemps et a préparé la voie. Mais il peut aussi se manifester d'emblée, lors, par exemple, que le refoidissement a été assez intense pour donner plus de sévérité à la première explosion des symptômes ; quand le sujet a été anémié ; ou bien encore quand il a eu des atteintes précédentes plus ou moins répétées ; enfin et surtout quand il portait depuis quelque temps une surexcitation de la fonction biliaire qui a accumulé dans la vésicule une bile particulièrement âcre dont le passage dans l'intestin exerce une puissante action topique.

Le malade est pris, de préférence pendant la nuit, de coliques assez vives ; il a une ou deux selles diarrhéiques, et bientôt apparaissent le sang et le mucus que le vulgaire appelle *la graisse.* Le début ne présente rien de bien différent de ce que nous avons vu se montrer pour la diarrhée aussi je renvoie le lecteur aux paragraphes précédents pour compléter ce que je ne dirai pas ou dirai d'une manière trop sommaire ici.

Pour être complet dans mon exposition, je dois signaler un

autre début de la dysenterie qui nous occupe : c'est le début par la rectite. Au milieu d'un état de fonctionnement normal des selles, ou bien après une certaine tendance à la constipation, le sujet éprouve un sentiment de pesanteur, de gêne, de chaleur à l'anus et vient à la selle assez péniblement; il excrète bientôt un peu de mucus enrobant les fécès. Puis ce mucus devient plus abondant, se colore par la présence d'un peu de sang, et on dirait les phénomènes ordinaires de la rectite dysentérique dont nous parlerons plus loin, à propos des flux de ventre de transition. Mais la différence est en ceci : que pour le cas présent, la maladie va en augmentant d'intensité de jour en jour et presque, pourrait-on, dire d'heure en heure ; tandis que la rectite reste des temps infinis, toujours le plus souvent, sans provoquer de réaction fébrile.

Donc lorsque la dysenterie commence comme nous le disons, on voit bientôt l'appareil fébrile se montrer, s'accroître en même temps que les selles se modifient, de manière à prendre bientôt l'aspect franchement dysentérique.

Que la dysenterie du second degré ait débuté par la diarrhée ou par la rectite, nous devons dire qu'au début les coliques ne présentent pas de caractère spécial, elles répondent à tous les points de l'abdomen en général. Mais bientôt elles se localisent. Chez nombre d'individus elles corresponden au gros intestin, qui se dessine dans les sensations du sujet comme un arc douloureux, spontanément ou au toucher. Cet arc douloureux est réuni souvent à ses extrémités par une barre transversale au-dessus du pubis, barre transversale qui est autant due chez quelques-uns à un ténesme vésical qu'à une véritable douleur intestinale.

Ces coliques sont variables; elles ont des moments d'exacerbation qui précèdent ou accompagnent les selles; elles sont remplacées, dans l'intervalle des déjections, par une douleur

sourde, profonde et continue; mais ce sont là des phénomènes assez secondaires et qui ne doivent pas nous arrêter bien longtemps.

Les selles sont au nombre de huit, dix ou douze ans les premières vingt-quatre heures; elles sont d'abord assez copieuses, puis diminuent très sensiblement de volume, en proportion, pourrait-on dire, de leur augmentation de nombre. Chaque déjection se fait avec son cortège de douleurs, de malaises, de coliques, d'épreintes, et il arrive même bientôt, pour peu que la maladie ait d'intensité, que les mouvements de la défécation se font à vide, qu'on me passe le mot, ce qui n'est pas moins douloureux.

Les selles sont composées différemment, suivant les cas, et même chez le même individu suivant le moment de la maladie, tantôt ce sont des mucosités jaunâtres demi-transparentes, qui ont des aspects très différents, car les expressions d'albumine crue, demi-cuite, d'œufs brouillés, de lavure, de raclure de chair, de frai de grenouille et mille autres ont parfaitement leur raison d'avoir été proposées. Elles contiennent souvent des stries sanguinolentes, du sang pur; parfois elles ont l'aspect d'herbes vertes hachées menu, etc. etc., en un mot, l'aspect le plus varié, suivant les sujets, le degré de la maladie, et surtout suivant le traitement employé, comme souvent sans raison bien appréciable. Pour faire l'histoire complète de la dysenterie, il faut décrire avec soin ces diverses apparences des selles; mais on me permettra d'être très bref à leur sujet en ce moment et je renvoie le lecteur au chapitre où je fait l'analyse des symptômes pour les points de la symptomatologie, comme, d'ailleurs, je le renvoie aussi aux châpitres spéciaux, pour les questions d'étiologie et de diagnostic, que je ne puis soulever en ce moment. Cependant je dois dire dès à présent que les selles ont besoin d'être étudiées avec soin, et

jour par jour, quand on veut obtenir quelques succès dans le traitement de la dysenterie.

Quoi qu'il en soit, ce que je viens de dire au début de la maladie nous montre que le sujet est sous le coup d'une atteinte morbide très pénible, sinon bien dangereuse encore ; aussi comprend-on facilement que son organisme entier en retentisse. Nous n'étonnerons donc personne en disant que la chaleu de la peau est un peu augmentée ; elle est déjà sèche au toucher, mais n'oublions pas d'ajouter que l'impression est différente, suivant que le patient est dans une phase de douleurs et de déjections, ou dans une courte période de repos relatif ; car, sous l'influence de coliques, on peut trouver la peau moite, et dans l'intervalle des douleurs, c'est le contraire qui est observé.

Le pouls est rarement fébrile ; mais au moment des douleurs il est petit, concentré, dans les premiers temps de la maladie. Ce n'est que plus tard, quand l'atteinte a pris plus de gravité, ou dans le moment actuel quand il y a complication de paludisme, qu'un état fébrile bien marqué peut être constaté.

La langue est généralement blanche, saburrale, et il y a de l'anorexie. Il n'est pas rare que l'estomac soit pesant ou bien qu'il y ait des nausées et même des vomissements sous l'influence des coliques. On comprend que ce sont là deux états dépendant de la phlegmasie intestinale, en effet rien de fréquent comme le retentissement voisin ou général dans les affections aiguës du tube digestif.

La dysenterie cède assez facilement à ce degré encore, mais on aurait le plus grand tort de croire qu'elle guérit toujours dans ces cas; car le sujet est souvent atteint dans ses ressorts organiques les plus importants. Trop fréquemment la récidive se fait avec une désespérante facilité ; l'état général est rapidement affaibli d'une manière notable, et le foie se prend le plus

souvent, au grand danger non seulement pour la santé, mais même pour la vie du sujet.

Cette forme se termine, dans les cas les plus heureux, par une diarrhée dont les matières vont en prenant de plus en plus de consistance; le sang disparaît des selles, leur aspect est celui d'une purée homogène, elles diminuent de nombre; puis la convalescence se prononce avec son caractère d'extrême fragilité; cette convalescence est si facilement compromise, pour peu que le sujet ne soit pas d'une sobriété remarquable et d'une extrême attention pour les lois de l'hygiène que quelques médecins n'ont pas craint d'avancer qu'un individu qui a eu la dysenterie court désormais des dangers de rechute permanents tant qu'il restera dans les conditions de la première atteinte.

Il faut, à ce degré, que le malade resiste aux sollicitations de son appétit, qui le pousse à commettre des imprudences et des écarts de régime pendant l'état aigu, mais aussi et surtout pendant la convalescence, car, nous l'avons dit et répété assez souvent, un rien peut faire réapparaître les symptômes morbides.

Il arrive trop souvent que la diarrhée qui succède à l'état aigu primitif se prolonge au grand détriment de la guérison solide, et alors c'est la diarrhée ou la dysenterie chronique qui s'est emparée du sujet et qui va miner son existence ; sans compter que trop souvent il se fait un travail latent du côté du foie, travail qui apparaît à un moment donné avec des phénomènes de gravité auxquels la vie du malade ne résiste pas le plus souvent:

Le degré qui nous occupe peut se terminer par la guérison, par l'état chronique ou par l'aggravation, c'est-à-dire le passage de la maladie au 3e degré. C'est de ce dernier que nous allons parler actuellement. Ce que nous avons dit au sujet de la diar-

rhée aiguë nous a indiqué ce qui se passe dans le premier cas ; nous verrons ultérieurement les caractères propres à l'état chronique.

3° *Dysenterie grave ou du troisième degré.*

Dans certains pays, à certains moments de l'année dans d'autres, ou bien enfin chez certains individus prédisposés, on voit ce degré grave survenir presque d'emblée. Il serait, je crois, plus exact de dire qu'il succède au degré précédent et au premier degré beaucoup plus vite que de coutume dans ces cas-là ; mais que, quelque rapide ou ménagée que soit la transition, elle existe toujours.

On me permettra de ne pas décrire de nouveau ici les phénomènes de la diarrhée et du second degré de la maladie ; ils nous sont connus ; je dirai seulement que, plus ou moins vite après l'apparition des premiers symptômes, les douleurs deviennent plus vives et surtout prennent un caractère de continuité qui les éloigne de la colique proprement dite. Le malade accuse un sentiment pénible de brûlure ou de tension sur le trajet du côlon, et la douleur hypogastrique, de son côté, s'accentue davantage en se confondant avec une sensation de ténesme vésical, qui est quelquefois très pénible.

En même temps, les déjections changent de nature et prennent des caractères qu'on n'a pas de peine à admettre comme fâcheux à première vue ; ainsi le sang augmente parfois, constituant une véritable hémorrhagie qui peut être faible ou forte ; mais ce n'est pas le phénomène le plus saillant, à moins qu'il n'y ait une véritable entérorrhagie. Les selles prennent une odeur fétide qui révèle la mortification d'une partie plus ou moins étendue de l'épithélium intestinal, et contiennent souvent des fragments grisâtres dont on peut, plus ou moins, reconnaî-

tre encore la nature, et qui doivent être considérés comme l'élimination de parcelles de la muqueuse du gros intestin.

Les envies d'aller à la garde-robe sont incessantes, et bientôt un ténesme anal fort pénible vient compliquer ces évacuations; un ténesme vésical, une véritable dysurie se joignent aussi dans quelques cas à ce ténesme anal, et l'urine elle-même subit des modifications de quantité et de qualité. Le mécanisme de ce ténesme anal et de ces phénomènes vésicaux a été expliqué physiologiquement par le voisinage des organes et la communauté de branches nerveuses. Nous n'avons pas à les étudier plus compendieusement.

On peut donner d'un mot la caractéristique des phénomènes qui se passent dans l'intestin lorsque la dysenterie grave s'est manifestée ; c'est une véritable inflammation suppurative, dans laquelle, le plus souvent, il y a tendance à la gangrène plus ou moins étendue, pouvant aller même à la mortification complète de la muqueuse du côlon et du rectum. On comprend que, sous l'influence de pareils désordres, il doit y avoir un retentissement très fâcheux sur l'état général.

En effet, le pouls est concentré sous l'influence des coliques et n'éprouve d'abord de variations que par le fait de leur apparition ; mais bientôt une véritable fièvre s'allume avec tout son cortège symptomatique. Cette fièvre peut, en cas de paludisme, réveiller des accès intermittents mal effacés ; mais dans le cas contraire, c'est à proprement parler, une fièvre d'inflammation dans laquelle il y a des rémissions et des exacerbations, il est vrai, mais qui est l'indice du travail phlegmasique intérieur, et par conséquent qui est liée comme intensité et comme marche de la thermalité à l'étendue et à la marche des altérations anatomiques de l'intestin.

La peau est tantôt froide, tantôt sèche et chaude, tantôt couverte de sueur chez le même individu, suivant le moment où on

l'observe ; mais ces phénomènes n'ont pas ici l'importance qu'ils ont dans d'autre conditions, dans la dysenterie chronique par exemple ; et il suffit d'avoir appelé l'attention sur la fièvre pour n'avoir pas besoin d'insister davantage là-dessus.

La soif est généralement vive, la bouche sèche, la langue râpeuse, et la chose est facile à comprendre, d'abord parce que la fièvre et les déjections, soustrayant beaucoup de liquide au corps du malade, font naître le besoin instinctif de remplacer cette eau. D'autre part il est naturel que, sous l'influence d'une atteinte morbide aussi grave, les premières voies soient dans un état de souffrance bien marquée, car pour paraître limitée au moins au début au gros intestin, l'altération de la dysenterie n'en a pas moins un retentissement fonctionnel sur l'intestin grêle et l'estomac.

Bientôt, avons nous dit, il se manifeste en général un ténesme vésical très pénible, s'il ne s'était pas montré déjà dans les premiers moments de l'atteinte grave. Ce ténesme, comme d'ailleurs divers phénomènes morbides qui se passent du côté des organes urinaires, a paru à quelques médecins être en relation assez directe avec le degré d'inflammation de la muqueuse, pour qu'il fût intéressant de faire des recherches sur ce point. Dans un de ses mémoires Dutrouleau dit que la dysurie lui a paru être l'indice d'une mortification plus ou moins étendue d'une portion de la muqueuse, et nombre de cas ont donné raison à cette assertion dans les premiers temps. Mais ultérieurement on a constaté que ces phénomènes de dysurie sont souvent aussi en relation avec des ulcérations bénignes du rectum, dans les cas de rectite par exemple (flux de transition), de sorte que de nos jours le pronostic de ces phénomènes vésicaux a été absolument modifié au moins pour quelques atteintes.

Les selles présentent des caractères différents suivant les cas, suivant la durée de la maladie et suivant le moment où

elles sont observées ; mais on nous permettra de ne pas insister davantage quand nous aurons dit que, depuis la selle en frai de grenouille ou en lavure de chair jusqu'à la selle complètement gangréneuse, il y a toute une gamme par laquelle les matières peuvent passer.

Si la maladie prend une tournure favorable, on voit tous ces phénomènes s'amender, perdre de leur intensité et de leur gravité, et peu à peu la guérison survient par une régression naturelle des symptômes. Quelquefois sans guérir ainsi, vite et bien l'affection prend des allures de bénignité ou plutôt de chronicité, qui donnent un peu de répit au malade, et au médecin, en ce sens qu'on peut parfois en profiter pour décider de la guérison par une thérapeutique attentionnée et si on est dans un pays chaud exotique pour se hâter de rapatrier le sujet, quand la chose est possible. Dans le cas au contraire où la maladie doit être entièrement soignée sur place, chez les européens devant continuer à séjourner dans les contrées chaudes, cet amendement dans l'acuité des phénomènes n'est qu'une chose secondaire et qui ne saurait faire grande joie, car les altérations matérielles sont déjà si grandes, qu'elles ne pourront à peu près jamais être réparées dans le climat malsain où elles se sont produites.

Si, au contraire, la maladie s'aggrave, et on comprend, d'après ce que je viens de dire, que c'est le plus souvent, on voit survenir des phénomènes fâcheux de tel ou tel ordre qui auront bientôt raison de la vie du malheureux. Dans ce cas, le moins fâcheux, si je puis m'exprimer ainsi, qui pût arriver, serait le passage à l'état chronique ; mais c'est l'exception, et, le plus souvent, l'acuité de la maladie a bientôt entraîné des accidents rapidement mortels.

Les forces du malade diminuent alors et s'épuisent. La chose a à peine besoin d'être spécifiée, car on comprend que, dans une

maladie où la fièvre brûle le sujet à grand feu, pour ainsi dire, où la nutrition par les éléments alimentaires est nulle, et enfin où l'absorption des matières septiques se fait sur une très grande et très propice surface, les forces de la vie soient bientôt dépensées et taries.

Le malade succombe donc rapidement, soit par épuisement graduel, soit, ce qui est plus fréquent, par une des complications qui viennent se surajouter à la maladie principale pour en finir plus vite avec le sujet.

Il n'est pas rare que la dysenterie se termine, au degré qui nous occupe, par un état d'algidité qui vient donner le dernier coup au malade ; d'autres fois, c'est une perforation intestinale qui entraîne la péritonite suraiguë ; chez quelques uns un état typhoïde, chez plusieurs un abcès du foie, sont l'excuse, à proprement parler, de la rapide terminaison funeste de la maladie.

B. Flux de ventre de transition

Nous avons à parler ici d'une catégorie de flux de ventre qui, après avoir été bien connue par les anciens, est tombée dans l'oubli et n'a été de nouveau étudiée que récemment et d'une manière encore assez incomplète ; elle est cependant assez bien spécifiée par ses symptômes, ses allures et ses indications thérapeutiques pour mériter de ne plus rester méconnue aujourd'hui.

Le plus remarquable peut-être, et surtout le premier connu de ces flux de transition, est la rectite dysentérique, singulière variété signalée et mise en lumière de nos jours d'une manière parfaitement claire dans quelques-uns de ses détails par mon regretté et savant ami Lalluyaux d'Ormay, pendant qu'il était chef du service de santé de la Cochinchine.

Avant d'aller plus loin, qu'on me permette de payer à

d'Ormay un tribu d'éloges bien mérité. Depuis la renaissance des études médicales, la dysenterie chronique et certains cas de dysenterie aiguë paraissaient présenter des anomalies inexplicables, ce qui entraînait bien des hésitations dans la pratique, bien des souffrances, bien des accidents même chez es malades. Grâce à sa découverte, peut-on dire, car lorsque d'Ormay a vu se dégager de ses observations la rectite, il ignorait qu'elle eût été vue précédemment, on sait mieux à quoi s'en tenir aujourd'hui, on guérit plus vite, plus simplement et avec beaucoup plus de certitude nombre d'atteintes qui faisaient le désespoir des intéressés jusque-là.

Je dois ajouter aussi que d'Ormay a différencié avec soin la rectite qu'on peut appeler de transition de la rectite laiguë qui n'est qu'une variété de la dysenterie aiguë, car il ne faut pas l'oublier, comme nous l'avons dit précédemment, la dysenterie aiguë commence parfois par le rectum, allant de bas en haut au lieu de commencer par le cœcum et aller de haut en bas. Mais personne ne se méprendra, j'espère, sur ce que nous disons ici, car nous ne parlons pas actuellement de la rectite aiguë, nous étudions seulement celle de la transitton.

J'emploie le mot de rectite pour me conformer à l'appellation que lui a donnée d'Ormay, et nous serons alors logiquement entraînés à acccepter celui de colite, de cœcite même au besoin. Mais je ne saurais le faire sans bien établir que le lecteur doit se tenir en garde ici contre une confusion qui aurait plus d'un inconvénient. D'après la terminologie médical usuelle, le mot rectite veut rigoureusement dire inflammatoion du rectum ; bien plus d'après les idées de l'école dite physiologique ou de Broussais, le mot colite désignait la dysenterie aiguë. Or les mots de rectite et de colite n'ont pas dans l'étude que nous faisons en ce moment de pareilles signi-

fications; ils désignent, au contraire, une forme de maladie atténuée, si je puis m'exprimer ainsi, quelque chose qui touche en même temps à l'état aigu comme à l'état chronique.

Le mieux, trouvera-t-on sans doute, serait alors d'employer d'autres appellations s'appliquant plus exactement à la variété morbide que l'on veut décrire et n'ayant pas l'inconvénient d'exposer l'esprit à des confusions regrettables à cause de son inexactitude. C'est, je l'avoue, l'idée que j'ai depuis longtemps, mais j'ai résisté au désir de formuler d'autres noms pour désigner les flux de ventre que nous étudions en ce moment, pour deux raisons : d'une part, j'ai désiré consacrer l'idée de d' Ormay jusque dans la forme épigraphique sans y rien changer, pour bien laisser à mon regretté camarade tout le prix de la priorité qui lui revient. D'autre part, je n'ai pu me résoudre, moi qui ai instinctivement une grande répugnance pour l'adoption de mots nouveaux, à venir apporter encore une appellation différente de celle qu'employaient nos prédécesseurs; chose qu'il m'a fallu faire trop souvent, dirai-je en passant, de puis que je m'occupe des maladies des pays chauds.

Les anciens connaissaient, avons-nous dit, la rectite dysentérique, qu'ils appelaient *le ténesme*; il ne saurait exister le moindre doute à cet égard, et pour appuyer mon assertion je n'ai qu'à citer textuellement le passage suivant de Celse (*Encyclopédie des Sciences médicales* de Bayle, 7e division, Celse, p. 167).

« *Du tenesme.* Il est une autre maladie plus légère que toutes celles dont nous venons de parler et que les Grecs appellent *ténesme.* On ne doit la ranger, ni dans la classe des maladies aiguës, ni dans celle des chroniques, puisqu'elle guérit facilement et qu'elle ne fait jamais mourir le malade s'il ne survient quelque autre accident. On a dans le *ténesme* comme dans la dysenterie, des envies fréquentes d'aller à la selle et l'on n'y va pareil-

lement qu'avec douleur. Les selles sont pituiteuses et ressemblent à de la mucosité; elles sont aussi quelquefois sanguinolentes; mais de fois à autres il en survient qui sont moulées et conformes à la nature des aliments qu'on a pris. Il faut prendre des bains tièdes et appliquer souvent des remèdes à l'anus ; il y en a plusieurs qui sont propre pour cela, comme le beurre avec l'huile rosat; le suc d'acacia dissous dans le vinaigre; l'emplâtre que les Grecs appellent *tetra pharmacon* ramolli avec de l'huile rosat ; l'alun étendu sur la laine et appliqué de cette façon. On donne les mêmes lavements que dans la dysenterie ; on fait pareillement des fomentations sur les parties inférieures avec une décoction de verveine; on boit alternativement de l'eau pendant un jour et du vin léger et austère pendant un autre ; la boisson doit être tiède et même plus froide que tiède. Le régime est le même que celui que nous avons prescrit dans la dysenterie. »

Bien que cette description ne puisse laisser aucun doute dans l'esprit touchant la connaissance qu'avaient les anciens, nous dirons que la notion de la maladie était perdue à tel point que lorsque D'Ormay reparla d'elle, non seulement il crut de bonne foi avoir distingué une forme entièrement inédite et inconnue jusque-là, mais encore les hommes les plus compétents sur la question accueillirent son dire avec un étonnement incrédule. Heureusement l'observation était facile, et bientôt on put se convaincre que cette rectite est une affection non seulement bien spécifiée, mais encore se présentant dans certains pays ou a certains moments avec une fréquence très remarquable.

Aujourd'hui que D'Ormay a fixé l'attention sur la maladie on trouve qu'elle n'était pas aussi inconnue qu'on le croyait primitivement, et en effet nous en trouvons une description reconnaissable dans la clinique de Graves de Dublin, par exemple,

t. II, p. 326 ; mais en la lisant nous voyons que le savant médecin irlandais, tout en ayant parfaitement bien constaté les phénomènes de la rectite, ne s'en était pas rendu un compte exact et avait passé pour ainsi dire à côté de la maladie sans se douter de son existence.

La maladie se rencontre assez souvent cependant, et une preuve entre cent que nous puissions donner de la fréquence de cette rectite, c'est que Haspel, dans les maladies de l'Algérie, la décrit presque complètement dans sa première forme de la dysenterie printanière (*loc. cit.* t. II, p. 15) et dit : « Elle est assez commune en Europe et s'y montre sporadiquement. » Répétons encore qu'en lisant ce passage on constate que les phénomènes morbides n'étaient pas spécifiés pour lui d'une manière suffisamment claire. Haspel ne voyait pas encore comme d'Ormay l'a fait depuis, les caractères qui la constituent et la séparent des autres variétés de la dysenterie proprement dite.

Une fois la rectite dysentérique bien étudiée sous le rapport de ses symptômes comme de la lésion anatomique, l'esprit n'a pas eu grand travail à faire pour reconnaître des phénomènes analogues dépendant d'un autre point du gros intestin, et la colite dysentérique s'est trouvée spécifiée, *facto ipso* de telle sorte qu'aujourd'hui les flux de transition dont nous parlons se partagent tout naturellement en deux grandes catégories : 1° la rectite, 2° la colite. Cette dernière pourrait peut-être être partagée en trois sous-catégories ; *A.* la cœcite et la colite ascendante ; *B.* la colite transversale ; *C.* la colite descendante et celle de l'S iliaque. Mais une pareille subdivision serait, je crois, excessive. Il suffit de savoir que, suivant que la lésion portera sur telle ou telle portion du gros intestin, il y aura une différence en plus ou en moins dans l'intensité de tel ou tel phénomène morbide, sans avoir besoin de faire trois descriptions séparées de l'affection.

Rectite dysentérique.

Lorsqu'on passe pour la première fois la visite dans une salle de dysentériques en Cochinchine, au Sénégal, à la Martinique, en Algérie même, on est frappé de la divergence de gravité que présentent certains états. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit un sujet au teint presque fleuri parfois, n'ayant d'ailleurs aucun indice d'affaiblissement, un sujet demandant à manger et présentant une parfaite quiétude du pouls, une température absolument physiologique, en un mot, toutes les apparences de la santé excréter des selles purulentes, sanglantes, dans lesquelles on voit ou bien le liquide appelé avec tant de raison frai de grenouille, ou bien du pus pur ou mélangé avec du sang en quantité variable. Maintes fois on trouve au milieu de ce liquide éminemment pathologique, un fragment plus ou moins volumineux de matière fécale parfaitement louable, absolument comme si le même vase avait servi à deux individus; mais souvent aussi cette matière fécale fait défaut, et son absence est de nature à obscurcir le diagnostic du médecin qui ne connaît pas a rectite dysentérique.

A côté de cet homme qui présente les selles les plus mauvaises en apparence et la santé la mieux conservée, qui offre, en un mot, une discordance incompréhensible pour le nouveau débarqué, entre l'excrétion intestinale et l'état général, on voit un autre malade qui ne rend dans son vase qu'un peu de liquide aqueux, dans lequel on voit nager des petites stries de sang ou des parcelles de matière noire semblables à une petite pincée de tabac à priser délayée dans une assez grande quantité d'eau, et ce malheureux dont l'excrétion ne paraît pas bien mauvaise de prime abord, offre tous les attributs d'une fièvre intense, d'un état général grave et inquiétant.

Le mot de l'énigme est que le premier malade est atteint de

rectite dysentérique, qui peut durer des semaines, des mois et même des années sans faire courir aucun danger, sans même l'affaiblir notablement quelquefois. Le second, au contraire, est porteur d'une dysenterie aiguë qui peut le faire mourir en un ou deux septenaires ou le mener, en passant à l'état chronique, à l'émaciation la plus grande et à la mort même, par une usure prématurée de tout son corps.

On le voit : la distinction est parfaitement claire, et d'ailleurs en énumérant les symptômes de la rectite, nous allons montrer que le diagnostic est facile à établir.

La rectite est fréquente en Cochinchine, j'ai dit précedemment qu'elle était loin d'être rare au Sénégal, je dois ajouter qu'elle s'observe souvent à la Martinique et non seulement dans la Zone tropicale, mais encore assez souvent dans la Zone tempétrée. Je ne puis fournir des chiffres exacts pour sa proportion parce que, dans certains pays, cette rectite se montrant pa bouffées qui semblent épidémiques, on la voit tantôt exister sur neuf malades pour dix admissions. Tantôt, au contraire, il se passe plusieurs mois sans qu'on en observe un seul cas alors que la vraie dysenterie est fréquente.

En octobre 1875, au moment où je pris la direction du service médical de la Martinique, je fus frappé par le grand nombre relatif des rectites dysentériques qui étaient en traitement à l'hôpital de Fort-de-France. Chez deux individus entre autres, qui rendaient du sang en quantité sous forme de raclure de chair et de mucus sanglant, on percevait au toucher des ulcérations étendues et profondes un peu au-dessus des sphincters; ils avaient un peu de mouvement fébrile, mais surtout un ténesme anal et vésical très pénible, au point qu'ils passaient des heures entières sur leur vase.

N'ayant jamais été en service dans les hôpitaux de la Martinique, je fus à bon droit étonné de ces cas que j'avais observés

beaucoup plus rarement au Sénégal, et ces rectites étaient tellement caractéristiques, que le médecin major du transport l'*Entreprenante*, qui avait fait peu de mois auparavant un voyage en Cochinchine, me disait avec raison en suivant ma visite : On se croirait à l'hôpital de Saïgon.

Dans les premiers jours de novembre, les allures de la dysenterie changèrent, ce fut la forme franchement aguë qui se montra, avec elle le retentissement hépatique se manifesta plus fréquemment d'une manière souvent sévère et pendant presque deux ans je n'observai plus que de loin en loin cette rectite alors que la vraie dysenterie aiguë était commune.

La rectite dysentérique s'établit de deux manières parfaitement distinctes : 1° elle succède à la diarrhée ou à la dysenterie ; 2° elle s'établit d'emblée à la suite d'une constipation plus ou moins prolongée.

Rectite succédant à la diarrhée ou à la dysenterie.

Il faut parler séparément des cas. En effet, quelquefois on voit une atteinte ordinaire de dysenterie plus ou moins grave amendée plus ou moins vite et plus ou moins facilement se terminer insensiblement par la rectite, de telle manière qu'il est très difficile de dire à quel moment la dysenterie proprement dite a cessé et la rectite a commencé D'autres fois, au contraire, une diarrhée qui survient peu de temps après la guérison d'une attaque de dysenterie a pour effet de rouvrir quelques ulcérations rectales de la première atteinte. On dirait que dans ce cas l'action topique des matières fécales surchargées d'une bile mal élaborée a provoqué la destruction de l'épithélium, a produit une véritable vésication intérieure, qui a guéri d'elle-même dans la plus grande partie du tube digestif, mais qui, au contraire, a fait naître dans les plis rectaux, des ulcérations trop profondes, pour se cicatriser spontanément.

Ce mécanisme de la production de la rectite et d'ailleurs de la production de la dysenterie aiguë, a besoin d'être gardé en mémoire, car il peut guider la thérapeutique dans maintes occasions. On le voit se produire à la Martinique, sous formes de bouffées véritablement épidémiques, et il explique, ainsi que je l'ai dit déjà, comment, à certains moments, on voit neuf malades sur dix présenter, soit la dysenterie bilieuse, soit la rectite, alors qu'à d'autres époques on ne trouve absolument aucun cas de cette rectite dans l'hôpital.

Quelle que soit la catégorie de ceux qui ont une rectite succédant à la diarrhée, voici comment les choses se passent : après deux, trois, cinq jours de diarrhée, c'est-à-dire comme les choses se passent dans la dysenterie ordinaire, on voit apparaître du mucus sanguinolent, et bientôt ces selles sont sanglantes, d'une manière très accentuée ; bientôt on voit la matière que les malades appellent *la graisse*, et qui n'est que le mucus intestinal plus ou moins teinté de sang, augmenter comme si la dysenterie s'aggravait, et, chose remarquable, l'état général paraît en même temps s'améliorer, toute réaction fébrile, toute colique, tout phénomène d'embarras gastrique disparaître, ce qui fait une discordance très frappante entre les divers symptômes ; bien plus, et comme pour augmenter l'anomalie, on voit de temps en temps au milieu de ces excrétions dysentériques, dans lesquelles *le sang et la graisse* sont abondants, des fragments de selles moulées parfaitement naturelles.

Ce n'est pas la seule anomalie de l'affection nous verrons tantôt que l'état général présente aussi son contingent de particularités ; mais il nous faut auparavant parler de l'autre mode de production de la rectite dysentérique.

B. *Rectite dysentérique succédant à la constipation.*

Chez les sujets qui arrivent d'Europe avec une riche constitution, ceux qui ont parfaitement résisté jusque-là à l'influence débilitante du climat, ou bien encore ceux qu ont en outre des hémorrhoïdes, la rectite dysentérique peuti se montrer d'emblée, pour ainsi dire, après une période de constipation de quelques jours, dont on se rend parfaitement compte par une phlogose de la fin du gros intestin.

La rectite peut naître spontanément chez des individus qui ne présentent pas cependant les attributs de la pléthore. Je veux parler de ceux qui viennent de subir une atteinte de colique sèche ou de colique saturnine.

Que les symptômes de la rectite se soient manifestés d'emblée ou à la suite d'une diarrhée, toujours est-il qu'un caractère spécial et très remarquable, c'est que l'état général se conserve bon. Au lieu de cette fièvre intense que l'on s'attend à trouver quand on a de pareilles selles dans la dysenterie ordinaire, il n'y pas de réaction générale dépendant de la maladie, car on peut, dans le cas où la fièvre se montre, reconnaître que c'est une intoxication paludéenne concomitante, parallèle, mais bien séparée de la rectite qui nous occupe.

Les symptômes alluvionnaires de la rectite dysentérique durent plus ou moins longtemps, suivant les sujets; chez les uns on voit le sang diminuer, puis disparaître, et les selles redevenir normales, soit par cette disparition seule, soit en passant par quelques jours de diarrhée légère. D'autre fois, l'état se prolonge d'une manière indéfinie, les selles deviennent purulentes et la maladie s'éternise sans que l'état général soit sensiblement influencé. Dans une autre catégorie de cas, enfin, on voit peu à peu la réaction s'allumer, et bientôt on a affaire à

la dysenterie ordinaire plus ou moins grave. De sorte que la maladie peut donc se terminer de trois manières : *A*. résolulution ; *B*. état persistant ; *C*. dysenterie proprement dite.

Nous n'avons pas besoin de longuement étudier la terminaison par résolution ; il suffit de la signaler, comme il suffit de signaler la terminaison par dysenterie proprement dite. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de l'état de persistance.

Rectite dysentérique persistante ou invétérée.

Les selles sont moulées habituellement, elles s'amolissent parfois, sont diarrhéiques même passagèrement sous dés influences éventuelles ou thérapeutiques, mais la caractéristique est la consistance normale. Elles diminuent de nombre a point de ne plus se produire qu'une ou deux fois par jour phénomène qu'on explique très bien par la localisation de la ésion qui rend les mouvements réflexes de la défécation moins actifs et moins fréquents ; mais autour de ces selles, on voit soit du mucus sanguinolent, soit du mucus plus ou moins purulent, soit enfin du pus véritable ; la selle se présente arrosée de ces produits pathologiques, qu'on me passe le mot ; c'est un peu comme si un dysentérique avait fait une déjection dans un vase qui venait de servir à un individu sain.

Cette rectite persistante s'accompagne assez fréquemment de ténesme anal, mais surtout de ténesme vésical, de dysurie et même de prostatite légère. Il y a là une question de voisinage qu'on comprendra très facilement quand j'énumérerai les altérations que l'on observe dans la maladie. On a signalé les accès pelvi-rectaux. Je suis disposé, pour ma part, à les croire fréquents dans la rectite même légère, et cela par un mécanisme de voisinage aussi. Je me base dans cette opinion sur le nombre vraiment extraordinalre de fistules anales que j'ai observées pendant ma pratique au Sénégal et à la

Martinique ; en effet, je n'ai pas opéré moins de trente de ces fistules dans l'espace de cinquante-cinq mois, et notons qu'il a passé au plus quatre à cinq mille malades en tout dans l'hôpital pendant ce temps.

Les symptômes que nous venons de spécifier font penser, *a priori,* qu'il y a dans la rectite une lésion anatomique précise et même localisée. Eh bien, l'inspection directe révèle qu'en effet cete lésion existe. Si on visite au spéculum la fin de l'intestin chez ces malades, on voit suivant les cas : soit une rougeur véritablement morbide de tout ou d'une partie du rectum, la muqueuse y est boursouflée, rouge, rose brun ou livide, granuleuse comme la face interne des paupières dans certains cas de blépharite aiguë ou chronique ; soit de véritables ulcérations assez analogues à celles que produisent les aphthes de la bouche ; soit enfin de véritables ulcères qui sont d'un diamètre plus ou moins grand, à bords taillés à pic, comparables à des chancres mous ou indurés, siégeant sur la face antérieure, ou sur la postérieure, logés dans les replis rectaux ou saillants, pouvant même atteindre, dans quelques rares cas, le diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Si nous voulons maintenant réfléchir un peu aux symptômes de la maladie et que nous les rapprochions de ces altérations que nous révèle l'emploi du spéculum ani, nous voyons que la rectite dysentérique est le résultat d'une irritation locale qui, diffuse et superficielle au début, se localise et gagne en profondeur à mesure qu'elle devient chronique, et alors les phénomènes qui paraissent insolites s'expliquent sans difficulté. L'absence de fièvre ne nous surprend plus. L'apparence purulente, sanguinolente, concomitante à des selles moulées, nous semble naturelle ; et, chose capitale, nous comprenons très bien pourquoi l'affection, quoique bénigne, est si obstinément

rebelle à tous les traitements généraux de la dysenterie qu'on employait jadis contre elle.

Colite dysentérique.

Ce que nous venons de dire tantôt au sujet du mécanisme de la production de la rectite dysentérique est absolument applicable à la colite, qui est, en réalité, la même espèce de dysenterie localisée à une partie du côlon au lieu de siéger sur une portion du rectum. Seuls les phénomènes morbides accusés par le malade sont un peu différents, et encore par le raisonnement on comprend si bien les différences qui doivent se présenter qu'il est inutile d'insister bien longuement sur son compte. Néanmoins, pour ne rien laisser de côté dans la présente étude, nous dirons quelques mots de sa symptomatologie.

M. le professeur Lassègue a un des premiers, dans sa clinique de l'hôpital de la Pitié, appelé l'attention sur la colite dysentérique telle que je veux la spécifier, et il l'a appelée l'entérite dysentériforme, expression qu'on pourrait parfaitement adopter et à laquelle je ne préfère le nom de colite dysentérique, que pour rappeler les analogies étroites, intimes, qu'il y a entre elle et la rectite.

M. Lassègue n'a signalé, pour ce qui est de l'origine de la maladie, que la variété dans laquelle la colite succède à la dysenterie; mais on comprend sans peine qu'elle peut succéder aussi à la constipation. Quoi qu'il en soit, c'est-à-dire que la rectite ait succédé peu à peu à une atteinte de dysenterie qui n'a pas franchement guéri ou bien qu'elle ait pris naissance sourdement et d'une manière restée inaperçue, puisque c'est après une tendance assez prolongée à la constipation qu'elle s'est manifestée, les phénomènes morbides sont semblables.

Sans se sentir résolument bien malade, le sujet est d'abord

dans un certain état de malaise ; il mange sans appétit, il éprouve un sentiment pénible dans l'abdomen ; il a parfois un peu de ballonnement du ventre, se fatigue facilement et dort mal.

Les selles sont assez irrégulières ; tantôt elles sont assez nombreuses dans les vingt-quatre heures, tantôt elles sont rares ; il peut s'écouler même un ou deux jours sans qu'il y en ait, puis deux, trois se montrent à quelques instants de distance.

Le besoin de déféquer se manifeste par un état de malaise, une colique que M. Lassègue a appelée avec juste raison angoissante, car, en effet, quoique n'étant pas très violente, elle a quelque chose de plus pénible qu'une douleur d'égale intensité.

La fatigue musculaire est plus facile à se produire qu'en temps ordinaire et souvent un exercice même modéré tend à augmenter ces sensations pénibles de l'abdomen.

La nutrition se fait assez bien tout d'abord, mais instinctivement le malade arrive à manger moins, à se priver de certains aliments, ayant cru reconnaître que telle ou telle substance passe moins bien ; de sorte qu'il se met ainsi dans des conditions de dépérissement.

Si on pratique la palpation du ventre, on sent parfois une dureté localisée en un ou plusieurs endroits, dureté douloureuse au toucher et présentant une fixité qui permet de penser qu'on a bien affaire à une augmentation d'épaisseur localisée de l'intestin et non à une distension passagère d'une ampoule du côlon par les gaz.

Les selles contiennent souvent des matières dures, plus ou moins sphériques entourées d'une abondante quantité de mucus intestinal plus ou moins teinté de sang. Elles présentent des variations d'aspect très remarquables et se modifient considérablement parfois en peu de temps ; En y réfléchissant un peu, on comprend très bien la raison de ces variations d'aspect de ces selles, la plus ou moins grande abondance

du mucus intestinal, la coloration différente de ce mucus suivant qu'il contient plus ou moins de sang exsudé par la paroi intestinale, la présence de scyballes de constipation ou bien la fluidité des matières allant de l'état ordinaire de consistance à la diarrhée.

La maladie qui nous occupe, comme la rectite d'ailleurs et tous les flux de ventre persistants ou chroniques, a le triste privilège de préoccuper les intéressés, qui, dans le désir de se guérir ou d'empêcher les rechutes, les exacerbations, les aggravations, arrivent à ne songer qu'à leur état avec parfois des inquiétudes et des bizarreries d'hypocondriaque.

La colite comme la rectite peut avoir une marche très variable, tantôt stationnaire, tantôt envahissante, parfois facilement guérissable et trop souvent persistante et rebelle d'une manière désespérante pour le malade comme pour le médecin ; car bien qu'elle n'atteigne pas la nutrition dans son essence même et que la vie puisse parfaitement évoluer sans un amaigrissement sensible dû à la lésion intestinale ou à ce trouble des fonctions digestives, il n'en est pas moins vrai que le sujet est dans une assez pénible situation.

C. — FLUX DE VENTRE CHRONIQUES

Après avoir duré un temps variable, la diarrhée et la dysenterie aiguë qui n'emportent pas le sujet, et qui cependant ne guérissent pas, passent à l'état dit chronique, entraînant une nouvelle série d'accidents et de dangers. La transformation est si grande ; l'état, tout en restant grave, en s'aggravant même davantage dans quelques cas, est si différent, qu'il faut s'en occuper d'une manière spéciale, et étudier les flux chroniques du ventre à part.

Il est difficile de dire à quel moment la transformation se fait, car suivant le cas c'est plus ou moins rapidement que la mala-

die change de caractère ; le pays, la nature de l'affection, la résistance vitale du sujet, la saison de l'année sont autant de facteurs qui interviennent d'une manière variable et dont if faut tenir un compte exact si l'on veut arriver à quelques résultats dans l'étude de cette phase de la maladie.

Le plus souvent la forme chronique succède à des atteintes aiguës répétées plus ou moins souvent ; mais on a cité des cas où elle semblait s'être établie d'emblée, de sorte que l'esprit est assez embarrassé quand il veut résoudre la question de Genèse. Pour ma part, je suis porté à croire que ces prétendus cas de chronicité d'emblée ne sont que des faits où la maladie a atteint un organisme assez déprimé, soit par un séjour antérieur dans les pays chauds, soit par telle prédisposition organique, pour que l'état aigu n'ait pas eu besoin de durer bien longtemps ; en d'autres termes, sans que la réaction générale qui constitue cet état aigu ait été remarquée, parce qu'elle a été faible ou de peu de durée.

Il y a peu d'années encore on confondait sous le terme générique de dysenterie chronique nombre d'atteintes de rectite ou de colite persistantes, de sorte qu'on était obligé naturellement de surcharger la description d'une série de symptômes qui ne lui appartiennent plus maintenant ; néanmoins il faut reconnaître que plus d'une fois encore on confondra ce qui revient à la dysenterie chronique proprement dite et ce qui touche à cette rectite et cette colite que nous avons étudiées en parlant des flux de transition.

Nous avons besoin de faire la distinction entre la diarrhée et la dysenterie chronique au point de vue de la symptomatologie pour fixer les idées sur leur compte ; occupons-nous donc séparément de chacune des deux affections.

Dysenterie chronique

La dysenterie chronique succède à la dysenterie aiguë ; elle peut se montrer dans les atteintes contractées en Europe ; la chose a été constatée un si grand nombre de fois qu'il est presque inutile de le dire. Mais cependant il faut reconnaître que ce passage de l'état aigu au chronique est infiniment plus fréquent dans les pays chauds où les conditions de la genèse et de la persistance de la maladie sont incomparablement plus puissantes que chez nous.

Prenons pour exemple et pour type le cas où le sujet touché par la dysenterie dans les pays chauds continue à rester exposé aux influences qui l'ont rendu malade ; la première atteinte aiguë peut alors se continuer sans interruption par l'état chronique, ou bien ce dernier état ne se montre qu'après un certain nombre de rechutes. Avons-nous besoin d'ajouter que la dysenterie passe plus facilement à l'état chronique quand elle se déclare chez un individu préparé par l'anémie, ou présentant peu de résistance vitale ? C'est dans des cas de ce genre que les choses se sont passées de telle sorte que quelques médecins ont pensé que l'affection pouvait débuter par la chronicité.

Quoi qu'il en soit, la maladie s'établit en silence, peut-on dire et par des transformations insensibles. L'individu qui a eu une ou plusieurs atteintes de dysenterie aiguë mal terminées pâlit d'une manière apparente, sa peau peu à peu prend une teinte jaunâtre, terreuse, plombée ; les yeux sont caves, ternes, le regard abattu ; l'aspect général exprime la souffrance. Bref, quand la maladie dure depuis longtemps, le premier examen revèle que le sujet est sous l'influence d'une altération morbide profonde.

Les forces s'abolissent graduellement et bientôt le malade ne peut plus faire d'exercice ; d'ailleurs il suffit de voir son état de

maigreur progressive pour comprendre que ce squelette vivant, qui finit par n'avoir qu'une peau parcheminée collée sur les os avec un ventre retracté en nacelle le plus souvent, et pour ainsi dire appliqué sur la colonne vertébrale, n'est plus capable d'aucun effort musculaire.

A propos de la retraction du ventre nous devons dire que quelquefois on ne la constate pas c'est; qu'alors on est en présence d'un des deux cas suivants : *A* la dyspepsie intestinale flatulente distend par des gaz le tube digestif; *B*. Une lésion organique du foie gênant la circulation et ayant engendré une ascite. — Le traitement doit varier, on le comprend, suivant la circonstance ; nous aurons a en reparler ultérieurement.

A un degé avancé, la perspiration cutanée est le plus souvent abolie, la température du sujet est abaissée sensiblement; on l'a vue descendre jusqu'à 34° aux aisselles. Le sujet est d'ailleurs extrêmement sensible au froid, et même alors que la température ambiante est élevée, il a besoin de moyens artificiels de caléfaction

La fièvre n'existe le plus souvent pas ou est au moins très peu accusée en général chez le dysentérique chronique, à moins d'une recrudescence ou d'une poussée d'acuité intercurrente ; le pouls est faible, dépressible ; on sent que l'organisme n'est plus assez vigoureux pour produire la réaction inflammatoire. et s'il fait quelques efforts dans ce sens il aboutit à peine à quelques faibles exacerbations de fièvre hectique.

Souvent la voix prend un timbre particulier, elle est comme fêlée, la parole brève, parfois embarrassée à cause de l'état de la bouche; car si on examine la langue, on s'aperçoit qu'elle est souvent comme dépouillée de son épithélium, qu'elle est rouge, petite, comme recouverte d'un vernis, sèche et parfois fendillée assez profondément. Cet état n'est pas constant; on a pu quelquefois constater que la langue n'a pas subi d'altération, ou

bien qu'elle est rouge à ses bords et à sa pointe, tandis qu'elle est blanchâtre au-dessus. Il faut être prévenu de ces différences d'aspect pour apprécier les divers cas qui peuvent se présenter à l'observation.

L'appétit est non seulement conservé, mais très fréquemment perverti et souvent exagéré chez les individus atteints de dysenterie chronique, et c'est là une des principales difficultés de traitement que le médecin rencontre, car cet appétit inconsidéré fait commettre trop souvent des imprudences qui affaiblissent le malheureux et font perdre souvent en quelques heures un bénéfice qu'on avait péniblement acheté par plusieurs jours d'attention et de soins.

La soif est généralement vive et vient apporter son contingent de difficultés, car trop souvent des imprudences de boissons sont commises au grand détriment du rétablissement de cet organisme si déprimé et si menacé déjà par les altérations anatomiques de l'intestin.

La conservation de l'appétit s'explique chez quelques-uns par l'état d'intégrité de l'estomac, de même que la soif est le résultat des déperditions aqueuses très abondantes qui se font par l'excrétion de selles liquides. Il y a là, quand on est dans de bonnes conditions, ce qui malheureusement est trop rare, une arme thérapeutique puissante, car le médecin peut se servir de l'intégrité de l'estomac pour introduire des principes nutritifs dans le corps et profiter de la soif incessante pour donner la nourriture sous forme liquide. Mais il ne faut pas croire que l'estomac soit toujours en bon état ; en effet, si on examine avec soin le sujet, on s'aperçoit souvent qu'il est dyspeptique et que les phénomènes sont assez mal indiqués parfois pour que cette dyspepsie ait passée inaperçue. Je dois avouer que pour ma part cette dyspepsie m'a échappé longtemps, et que ce n'est qu'après bien des observations que mon

attention a été appelée sur elle, de sorte que j'ai pu croire maintes fois à une intégrité des fonctions stomacales alors que je me trompais manifestement.

Si l'estomac est quelques rares fois en bon état, il n'en est pas de même des intestins ; le malheureux patient est en proie très fréquemment, dans le cours de la journée, à des coliques qui, sans avoir ni fixité, ni acuité bien précises, sans être aussi dures que dans l'état aigu, sont néanmoins très pénibles. Ces coliques sont parfois réduites à un sentiment de gêne, de pesanteur douloureuse, comme si une barre de fer très lourde était posée en travers de l'abdomen, au niveau du côlon transverse, disent les malades, et dans ce cas comme dans les autres joue un rôle assez grand dans la vie du sujet pour le préoccuper souvent, pour donner à l'expression de son visage un rictus souffreteux, l'aspect d'une impatiente mauvaise humeur.

Les selles varient de nombre et de quantité, elles sont généralement moindres que dans l'état aigu. Leur nature est très variable. Ainsi elles sont souvent constituées par un liquide brunâtre, roussâtre ou noir, dans lequel nagent des fragments qui ont l'aspect de morceaux de membrane sphacélées. Mais très souvent aussi elles sont franchement purulentes pendant un ou plusieurs jours, d'autres fois elles sont décolorées pendant quelque temps, ayant l'aspect plâtreux, il n'est pas rare d'y voir reparaître du sang pur comme s'il y avait une recrudescence d'acuité ; enfin si le moindre écart de régime est venu constituer un petit orage intestinal, des fragments d'aliments non digérés se retrouvent dans ces selles, qui, dans tous les cas, ont une odeur extrêmement fétide et comme caractéristique pour quelques médecins.

Ces selles sont souvent excrétées avec un ténesme qui a été considéré parfois comme pathognomonique de la dysenterie chronique et qui est extrêmement pénible pour le sujet, car il

est souvent tourmenté perpétuellement du besoin d'aller à la garde-robe, et n'expulse que des quantités insignifiantes de matières par des efforts considérables et prolongés.

La secrétion urinaire est influencée par l'état morbide du bas-ventre ; il y a souvent des phénomènes de dysurie, de rétention d'urine ou au moins de difficultés d'émission. La composition du liquide s'altère même quelquefois, mais c'est surtout lorsque l'organisme profondément miné par la dysenterie est tombé dans l'état cachectique.

On comprend, au tableau que je viens de faire, que, lorsque la maladie a duré pendant un certain temps, il s'est produit localement des désordres considérables, et il y a eu sur l'organisme entier un retentissement des plus fâcheux. La maigreur est devenue extrême, le facies est grippé, la peau parcheminée, la démarche vacillante et même impossible sans soutien. Le sujet a les attributs d'une sénilité cachectique, et bientôt la mort sera le triste résultat de la terrible maladie qui nous occupe.

Remarquons que l'œdème des membres inférieurs et l'ascite ne présentent pas une fréquence et une exagération aussi marquées que dans les maladies organiques du cœur, du foie, les cancers que l'on observe dans les pays tempérés. La chose se comprend assez en songeant à cette évacuation permanente et exagérée de liquides intestinaux qui dessèche, pour ainsi dire, le corps du patient.

Dutrouleau dit que ces œdèmes et cette ascite ont diminué très notablement depuis que le traitement antiphlogistique a cédé le pas aux évacuants dans la pratique coloniale. Est-ce parce que les antiphlogistiques, abattant plus vite les sujets, les faisant arriver rapidement à la période ultime de la maladie avant même que l'expulsion des liquides eût pris l'importance qu'elle a dans la maladie telle qu'on la constate actuellement ?

Dutrouleau a voulu différencier l'aspect général des cachec-

tiques de flux de ventre, des cachectiques paludéens. La chose est, en effet, assez possible dans quelques cas, mais elle a en somme peu d'importance. Aussi je crois que quand on a rappelé au lecteur la nécessité de donner des fébrifuges, la quinine surtout, aux dysentériques qui sont impaludés de manière à se garantir d'une sérieuse chance d'accidents, pour dédoubler, si je puis m'exprimer ainsi, la maladie, on peut ne rien ajouter de spécial.

Lorsque les sujets atteints de dysenterie chronique sont frappés ultérieurement de nouveau par la dysenterie aiguë, et cela est fréquent, car ces recrudescences d'acuité s'observent souvent, ils sont plus dangereusement touchés que les autres on le comprend, parce que la phlegmasie rencontrant des tissus malades déjà et disposés de longue main à l'état morbide marche et plus vite et plus sûrement vers une terminaison fâcheuse, sans que la thérapeutique puisse s'y opposer.

Enfin ajoutons que dans quelques cas la dysenterie chronique arrivée à la dernière période d'émaciation de l'individu se complique soit d'affaiblissement musculaire allant même jusqu'à la paraplégie; soit de phénomènes thoraciques, soit encore d'albuminurie, etc.; en un mot, de maints accidents dépendant de l'atteinte primitive et servant à précipiter la marche vers la terminaison funeste ou son existence plus pénible et plus précaire.

Pour bien rendre compte de ce qu'est la dysenterie chronique, il faut que le lecteur n'oublie pas que si, pour les besoins de la description, j'ai été obligé de faire la peinture complète de tout ce que peut présenter la maladie, il ne doit pas compter rencontrer cette succession ménagée de phénomènes morbides chez tous les individus. En effet, la mort ou la guérison n'attendent pas que les diverses phases de l'atteinte se soient déroulées les unes

après les autres, et en gardant entre elles des gradations ou des espaces de temps suffisamment accusés. — La maladie peut tourner soit à bien, soit à mal, à tous les moments de son évolution.

Chez les uns, par exemple, une atteinte de dysenterie commencera par être aiguë et, se prolongeant pendant quelques semaines, rebelle aux efforts de la thérapeutique, passera à la chronicité pendant que le médecin croit qu'elle s'amende favorablement, et se félicite de son succès, trompé qu'il est par l'insidiosité des symptômes. Pour d'autres, il arrive parfois qu'après avoir cru pendant quelque temps que son malade avait une convalescence fragile, difficile, le médecin s'aperçoit qu'en réalité il n'a pas eu barre sur la maladie, et qu'espérant avoir triomphé d'une atteinte aiguë il est, en définitive, en présence d'une dysenterie chronique confirmée.

Chez plus d'un, des désordres anatomiques très accentués se sont produits presque sans retentissement extérieur. Chez d'autres, au contraire, mais c'est la grande exception, après un temps très long de souffrance l'intestin n'est pas encore très profondément altéré.

Chez certains dysentériques chroniques on voit la maladie durer d'une manière interminable sans venir à bout de la résistance vitale ; chez d'autres, au contraire, elle aboutit à la mort dans un temps assez court. Enfin ajoutons que, tantôt cette dysenterie chronique semble rester stationnaire presque indéfiniment, tantôt, au contraire, elle présente des poussées, des orages intercurrents et des accidents plus ou moins fréquents.

Trop souvent cependant, lorsque le sujet n'est pas soustrait de bonne heure à l'influence morbide, si, par exemple, l ne s'est pas hâté d'émigrer lorsqu'il a contracté la mala-

die dans les pays chauds, les désordres vont en augmentant d'intensité et d'irrémédiabilité, qu'on me passe le mot, et trop souvent aussi des accidents de cholérine, de péritonite, d'état typhoïde, d'hémorrhagie intestinale, etc. etc viennent brusquement terminer la scène à un moment où l'on croyait pouvoir compter encore sur d'assez longs jours.

Diarrhée chronique.

La diarrhée peut exister à l'état chronique et constituer ainsi une affection bien différente de la diarrhée et de la dysenterie aiguës, c'est-à-dire une affection qui est assez grave et assez importante par ailleurs pour mériter d'être étudiée part et avec soin.

Depuis, de longs siècles on connaissait cette diarhée chronique qui avait été observée dans tous les pays d'Europe et à tous les degrés d'intensité ; mais néanmoins, lorsque nos relations avec les contrées tropicales ont augmenté de fréquence, on l'a vue prendre de telles proportions dans les hôpitaux de la marine qu'on s'est demandé s'il n'existait pas réellement une diarrhée chronique des pays chauds différente plus ou moins de celle de nos pays. La question n'était pas jugée quand nous avons occupé vers 1861 la Cochinchine, et on rencontra tout à coup alors un si grand nombre de nos militaires et marins atteints par cette diarrhée chronique avec une intensité et une persistance extrêmes relativement à ce qu'on avait observé en temps ordinaire jusque-là, que l'on se demanda avec plus d'insistance encore si l'on n'était pas en présence d'une maladie nouvelle. De sorte qu'on pensa qu'il serait peut-être nécessaire de partager le flux de ventre appelé jusque-là du nom de diarrhée chronique en trois catégories :

A. La diarrhée chronique de la zone tempérée. *B.* Celle

des pays chauds ordinaires : de l'Afrique, de l'Amérique et de l'Océanie. *C.* Celle de la Cochinchine. L'opinion a été hésitante pendant quelques années, et bien que la question puisse paraître jugée définitivement aujourd'hui pour nombre de médecins, nous devons la discuter encore ici.

Eh bien ! après avoir longtemps réfléchi, je suis arrivé à penser avec assurance qu'il n'y a pas plusieurs espèces de diarrhée chronique. C'est à tort, je crois, qu'on chercherait à faire des coupures spéciales, car si, incontestablement on observe des degrés divers suivant les pays, on ne saurait nier un seul instant que c'est toujours la même maladie au fond, quel que soit le lieu, quel que soit le malade que l'on observe. De sorte que s'il est nécessaire de distinguer des nuances plus ou moins nombreuses suivant les cas qui se présentent cliniquement, il n'en est pas moins vrai que c'est toujours la même affection au fond que l'observateur a devant les yeux.

Il se passe un peu ici ce qui se passe pour la mal'aria, par exemple, c'est-à-dire que, suivant le pays, la saison, mille conditions diverses, l'atteinte est plus ou moins grave, plus ou moins tenace, etc. etc. ; mais néanmoins que la fièvre intermittente soit étudiée dans la zone froide tempérée ou torride, c'est en somme toujours la même maladie dans son essence, quels que soient ses degrés nombreux et ses variétés plus nombreuses encore.

Sans doute, en ce moment, le plus grand nombre des cas de diarrhée chronique est fourni par les hommes qui viennent de la Cochinchine; bien plus, lorsqu'on voit arriver, par exemple, à l'hôpital Saint-Mandrier, près de Toulon, un convoi de malades venant de notre colonie de l'extrême Orient, on constate qu'ils ont un teint si blême, un aspect si frappant et ils se plaignent si universellement de res-

sentir à un degré quelconque cette diarrhée chronique, qu'on est disposé tout d'abord à croire à une spécificité de leur maladie ; mais en y réfléchissant un peu on comprend bien vite qu'il n'en est pas ainsi. Et en effet, lorsque des convois de malades arrivaient du Mexique, du Sénégal ou même de l'Algérie aux époques où l'on faisait dans ces pays des expéditions de guerre qui y appelaient de nombreux soldats et marins, ces malades avaient pour la plupart l'aspect aussi délabré que nos Cochinchinois actuels. Je suis absolument convaincu que si demain nous occupions, par exemple, le Gabon, la Guyane, maints pays de la mer des Indes, Madagascar, etc. etc., comme nous occupons la Cochinchine, nous verrions arriver de ces pays des valétudinaires en tout semblables à ceux que la Cochinchine nous renvoie aujourd'hui.

Un moment on crut que la question avait fait un grand pas dans le sens de la séparation des diarrhées chroniques suivant la provenance des malades; un de nos savants camarades de la médecine navale, le Dr Normand, venait de découvrir dans les selles des diarrhéiques de Cochinchine une anguillule qui fut considérée comme jouant un rôle capital dans la production de la maladie. Mais bientôt on ne put plus se baser sur cette particularité pour différencier la diarrhée de Cochinchine ; l'anguillule fut, en effet, trouvée chez des diarrhéiques venus des Antilles, de la Guyane, du Sénégal. Je suis persuadé qu'on la trouverait, en la cherchant avec soin, chez ceux qui arrivent d'Algérie comme chez ceux qui ont contracté la maladie en Europe.

Pour ma part, je le répète, j'ai vu assez de malades de diverses provenances dans le cours de ma pratique pour avoir une opinion bien arrêtée touchant l'unité de la diarrhée chronique. J'ai à maintes et maintes reprises montré pen-

dant que j'étais à la tête de l'hôpital de Saint-Mandrier, à tous ceux qui suivaient ma visite la parfaite identité à tous les points de vue de la maladie, soit qu'on examinât un sujet venant de Cochinchine, des Antilles, de la côte d'Afrique, etc., soit qu'on observât un prisonnier venu des maisons de détention de l'Algérie, de la Corse ; soit même qu'il s'agit d'individus nés en Provence et n'ayant jamais quitté leur pays natal.

Je suis donc entièrement convaincu que la diarrhée de Cochinchine n'est que l'exagération de ce qu'on observe dans les autres colonies, et bien plus, de ce qu'on peut observer quelquefois dans nos pays chez des individus n'ayant jamais quitté le lieu de leur naissance. La chose a son importance, je crois, car il est incontestable que l'action des moyens thérapeutiques est plus facilement appréciée quand elle est dirigée contre une atteinte relativement simple et bénigne. D'autre part, on m'accordera que la cause d'une maladie se révèle parfois d'une manière plus claire quand le champ de l'observation est moins obscurci, soit par l'intensité des phénomènes, soit par une complication intercurrente. A ce titre l'étude de la diarrhée chronique contractée au Sénégal, à la Guyane, aux Antilles, en Algérie et même dans nos pays peut avoir un intérêt plus grand que celui qu'on pensait de prime abord.

On s'est demandé à diverses reprises si l'on ne ferait pas bien d'admettre dans la diarrhée chronique deux formes ou deux espèces bien tranchées, à savoir : *A*. la diarrhée idiopathique. *B*. la diarrhée symptomatique d'une cachexie avancée. La diarrhée coliquative des phthisiques, par exemple, pourrait servir de type de cette dernière. Mais en général on est arrivé à la conclusion que pour être engendrée par deux causes essentiellement distinctes, la diarrhée ne présente pas

de différences dans ces cas, tant au point de vue de la symptomatologie qu'à celui du traitement, de sorte qu'il serait tout à fait inopportun de faire des coupures qui non seulement exposeraient à des redites, mais surchargeraient inutilement la mémoire de titres et de subdivisions que la nécessité ne justifie pas.

La diarrhée chronique, quelle que soit son origine, peut être définie ainsi : une affection dans laquelle il y a un état d'anémie prononcé, avec absence de phénomènes pyrétiques ordinairement; une dyspepsie gastro-intestinale plus ou moins intense, toujours manifeste ; enfin, des selles diarrhéiques liquides ou à peine demi-molles, très généralement nombreuses, excrétées généralement sans ténesme devenant, lientériques pour peu que les aliments soient ou trop copieux ou d'une digestion difficile pour le sujet, dont les forces digestives sont infiniment amoindries.

Dans la diarrhée chronique de toutes provenances, l'anémie est le facteur le plus important peut-être, et, comme le dit très bien le Dr Breton, médecin de la marine ; ceux que l'on considère en Cochinchine comme des victimes du flux de ventre sont bien plus souvent des anémiques ayant eu une diarrhée finale, que des individus atteints par une diarrhée essentielle cause et génératrice des accidents morbides.

Ce fait de l'anémie, c'est-à-dire de l'affaiblissement de l'organisme chez le diarrhéique chronique, est assez important pour devoir être signalé dès le début de la description de la maladie; il faut qu'il reste constamment présent à l'esprit du thérapeutiste, car la médication doit pivoter sur lui, peut-on dire.

Nous devons maintenant faire le tableau des symptômes de la diarrhée chronique, et tout d'abord nous devons nous demander

comment elle commence. Or on sait qu'elle peut s'établir de plusieurs manières; et en effet, tantôt elle succède à la diarrhée ou à la dysenterie aiguë. Tantôt elle vient compliquer un état d'anémie engendré soit par une maladie aiguë, soit par une maladie chronique, soit par une affection organique, soit aussi seulement par une habitation prolongée dans un milieu pour lequel l'individu n'avait pas été créé. — Quelle que soit la manière dont elle commence, les débuts de la diarrhée chronique ont ces points communs de ressemblance qu'ils sont obscurs; l'affection s'établit en silence et d'une manière si ménagée qu'on ne peut le plus souvent préciser à quelques jours et même à quelques semaines près, l'époque de son apparition. Cette particularité fait que nous n'aurons pas besoin d'envisager séparément les cas où la maladie a succédé à un autre flux de ventre, à une maladie aiguë, ou bien est venue compliquer peu à peu un état d'anémie idiopathique ou symptomatique.

Les individus qui arrivent dans les pays chauds, ceux qui sont convalescents d'une atteinte aiguë ou profonde ayant ébranlé l'organisme et ayant produit un état d'anémie assez accentué, sont sujets à des troubles intestinaux et particulièrement à la diarrhée. Chez les Européens qui habitent depuis peu la zone torride, on dit que c'est l'acclimatement; chez les autres on fait intervenir parfois une imprudence, un écart de régime et mille autres conditions, alors qu'il serait plus sage, peut-être, de constater simplement le fait sans chercher, au moins quant à présent, à théoriser à son sujet.

A un moment déterminé, variable, on le comprend, suivant les catégories de malades, c'est-à-dire suivant que la diarrhée chronique succède ou complique tel ou tel état général, les phénomènes d'anémie s'accentuent encore plus, et le sujet marche vers un état de débilitation dont ce qu'on a appelé la cachexie est le terme ultime.

D'Ormay, qui a bien étudié le début de cette diarrhée chronique en Cochinchine, nous a fourni à son sujet des indications précieuses, et c'est cette variété que je vais prendre pour type de ma description, pour la raison que je donnais tantôt. Le lecteur fera sans aucune peine, le cas échéant, la part de ce qui revient à telle ou telle catégorie de malades ; à ceux, par exemple, qui ont la diarrhée à la suite d'une maladie aiguë ou d'une maladie organique.

D'Ormay appelait le premier degré de la diarrhée chronique *le dévoiement matinal des anémiques ;* car, disait-il, ces anémiques ont une, deux, trois et même parfois quatre selles liquides le matin, puis ils ont parfois une selle demi-moulée et même solide dans le cours de la journée. Cette diarrhée est, disait-il, produite par l'atonie de l'intestin. Or, ajoutait-il, il faut bien remarquer que ce degré de la diarrhée est toujours lié à deux autres termes : *A.* l'anémie, *B.* la dyspepsie ; termes qui se confondent, s'additionnent ou se multiplient l'un par l'autre, et que nous ne distinguons séparément que pour mieux analyser la situation.

Cette expression de dévoiement matinal des anémiques, outre son originalité, rend bien compte de la situation qui nous occupe, et on se demande involontairement pour quelle raison ces selles sonl molles et surviennent ainsi le matin. — L'explication en a été donnée par D'Ormay et n'a d'ailleurs rien que de très compréhensible ; en effet, sous l'influence de cet état d'anémie et de dyspepsie atonique que nous avons signalé, il arrive que les repas, surtout celui du soir, quelque légers qu'ils soient, introduisent dans le tube digestif une plus grande quantité d'aliments qu'il n'en faudrait pour une digestion convenable. D'ailleurs l'estomac est devenu paresseux, capricieux, et ne digère qu'assez incomplètement les aliments qu'il est chargé de préparer à l'absorption physiologique. Dans ces con-

ditions il verse dans l'intestin un chyme mal préparé. — Cet intestin à son tour paresseux aussi, n'exécute qu'incomplètement la seconde partie de la digestion, de telle sorte que les matières alimentaires arrivent à l'anus sans avoir subi les transformations nécessaires pour une digestion normale. Les selles diarrhéiques et même lientériques sont assez bien expliquées ainsi, on le voit.

Autre détail ; on comprend que dans les conditions que nous venons d'indiquer les mouvements péristaltiques constants de l'intestin, s'exerçant plus régulièrement pendant le sommeil que pendant la veille, aient concouru à pousser les aliments vers la fin du côlon et le rectum pendant la nuit, de sorte que dès que le sujet s'éveille, se lève, s'expose aux variations de la température, c'est-à-dire dès que ses fonctions vitales reprennent l'activité du jour, le besoin d'aller à la selle se manifeste, pour débarrasser mécaniquement la fin du tube digestif.

Le docteur Normand pense que le début de la maladie est un catarrhe de l'intestin grêle qui provoque une modification dans les sucs intestinaux. La digestion intestinale se faisant moins bien, ne se faisant plus même chez quelques-uns, il s'ensuit que les aliments sont entraînés sans avoir subi les modifications physiologiques, ce qui les fait expulser mal élaborés, tandis qu'ils ont joué sur l'intestin le rôle de corps étranger plus ou moins irritant.

Lorsque l'individu atteint à ce degré dans les colonies rentre en Europe, ou bien chez ceux qui ont été frappés par cette diarrhée chronique dans nos pays, si par des soins bien attentionnés, une thérapeutique et surtout une hygiène efficace, on parvient à rompre le cercle vicieux dans lequel il tournait, l'état général s'améliore. Peu à peu alors la reconstitution se manifeste par une digestion plus facile et plus complète ; les selles deviennent plus fermes en même temps qu'elles se co-

lorent, et si les choses prennent une bonne tournure, l'amélioration quoique lente marche cependant vers la guérison plus ou moins facilement, plus ou moins simplement.

Si, au contraire, le sujet est condamné à rester dans les pays tropicaux, ou bien pour les malades d'Europe si la thérapeutique et l'hygiène sont impuissantes à conjurer le mal, la diarrhée chronique continne à évoluer vers une aggravation fâcheuse. Peu à peu dans ce cas des douleurs gastralgiques, des coliques, de la flatulence vont alternant, se produisant et disparaissant souvent sans cause immédiate appréciable. En même temps l'anémie fait des progrès ; l'aspect extérieur, la couleur de la peau révélent un état de souffrance profonde de l'organisme.

Passons en revue les principaux appareils de l'organisme pour voir les caractères que leur imprime la diarrhée chronique dont nous étudions les particularités. — Du côté de la peau nous constatons un facies pâli qui va en prenant de plus en plus l'aspect de la souffrance, ainsi que nous l'avons dit. Les joues sont excavées, les yeux sont éteints et toute la figure respire la tristesse et le découragement chez la plupart des sujets, qui même alors qu'ils sont jeunes ont bientôt l'aspect de la vieillesse souffreteuse. Chez quelques individus, au contraire, la face présente une bouffissure plus ou moins accentuée; mais pour ne pas être ridée cette face n'a pas une meilleure apparence de santé alors.

Quelquefois il se produit comme un *masque* brunâtre sur le visage, comme d'ailleurs sur la plupart des portions de l'enveloppe cutanée. La couche pigmentaire de l'épithélium s'est foncée en couleur, de manière à ajouter quelque chose de spécial à l'aspect du malade. On a cru que ce *masque* se produisait exclusivement dans certains pays, il n'en est rien; on le trouve plus souvent chez les individus qui reviennent de Cochinchine

ou du Sénégal, mais c'est uniquement parce que ces pays fournissent un plus grand nombre de diarrhéiques à notre observation. — Cet aspect spécial dont nous parlons peut très bien être présenté par des sujets provenant d'autres contrées, de l'Algérie, du Levant, et même peut se rencontrer chez des valétudinaires qui n'ont jamais quitté le pays natal dans le midi de la France.

La voix est faible, souvent même cassée, peu énergique lorsque la maladie dure depuis un certain temps, et à mesure que l'état est plus grave, son timbre est moins pur. Dans les accidents cholériformes, qui compliquent si souvent la fin de la maladie quand l'issue funeste doit survenir, elle peut être même abolie, soufflée comme on le voit dans les attaques de choléra ordinaire.

L'amaigrissement est un des phénomènes les plus généraux présentés par les diarrhéiques, lorsque la maladie dure pendant un certain temps; la chose se comprend si bien en songeant à l'inanition et à l'autophagie du sujet qu'il suffit de l'indiquer.

Le sujet reste volontiers couché et remue peu, éprouvant de la fatigue au moindre mouvement. Dans les premiers temps, on peut croire à de la paresse seulement; mais en y regardant de près on voit que la déambulation ne se fait pas facilement, par le fait de la faiblesse musculaire générale dès que la maladie a atteint un certain degré de gravité, et on comprend que malgré la meilleure volonté, l'individu a plus besoin de repos qu'à l'état de santé.

Il n'est pas rare de constater un véritable affaiblissement des membres inférieurs chez les malades qui sont vigoureusement touchés depuis longtemps. On a signalé des parésies, de véritables paralysies musculaires, et pour ma part j'en ai rencontré plusieurs, tant chez les malades provenant de la Cochinchine

que chez ceux qui viennent du Gabon, d'Algérie, des Antilles, etc., etc.

Je dois ajouter que dans la grande majorité des cas ces paralysies sont temporaires; en effet, dès que la maladie s'améliore et que les forces augmentent, on voit les mouvements volontaires reparaître et reprendre leur énergie. Je me souviens d'un fait qui m'a tellement frappé à ce point de vue qu'il est resté gravé dans mon esprit sous des couleurs très vives : c'était en 1860, je servais en sous-ordre à l'hôpital de la marine de Cherbourg quant un navire-transport nous apporta un convoi de malades venant du Gabon. Un d'entre eux, atteint de diarrhée chronique et de paraplégie, était dans le plus triste état du monde. J'en pris l'observation avec soin, et pendant un mois et demi je le suivis de jour en jour, constatant que les médicaments que prescrivait le chef de service ne semblaient d'abord pas produire d'effet efficace, que la faradisation des membres inférieurs n'apportait au début aucune amélioration dans les mouvements musculaires. Enfin un léger mieux se montra dans les selles, mais néanmoins le sujet devait être levé à bras d'homme de son lit toutes les fois que les sphincters de l'anus s'étaient laissé surprendre par le flot liquide des digestions, ce qui arrivait six ou huit fois par jour. On pouvait donc grandement douter de la possibilité de la guérison.

A ce moment je fus embarqué sur un navire qui quitta Cherbourg pour une quarantaine de jours. A mon retour, je revins voir les salles dans lesquelles j'avais fait précédemment du service, et mon premier regard fut pour le lit de mon intéressant malade ; il était vide. Je pensais que la mort avait terminé la scène, lorsque le chef de la salle me désabusa ; notre paraplégique avait guéri, il se promenait dans la cour, et lorsqu'on alla le chercher pour me le montrer, j'eus peine à en croire mes yeux. Cet homme, qui était ce qu'on appelle un *loustic* dans les casernes, avait

repris sa gaieté avec la santé; il marchait d'un pas léger, il me montra qu'il savait faire des passes d'armes avec sa canne, des entrechats de danse avec ses jambes naguère inertes; bref on ne peut se figurer un plus complet retour des mouvements musculaires et de la santé générale.

Revenant à la description de la diarrhée chronique, je dirai que la peau tend à se sécher de bonne heure et donne bientôt au toucher une sensation de sécheresse et de rugosité qu'elle ne fournit pas à l'état normal. Chez beaucoup de malades son épithélium se colore par places en brun plus ou moins foncé, coloration dont j'ai parlé à propos de l'aspect de la face et qui est souvent uniforme; elle donne au sujet l'aspect d'un mulâtre : — c'est le *teint patate* de quelques médecins coloniaux.

Souvent on voit l'épiderme devenir pulvérulent comme dans certainesmaladies prurigineuses, et nombre de fois on rencontre l'herpès circiné, l'herpès versicolor étendus plus ou moins. J'ai vu des diarrhéiques être absolument couverts de ces herpès, et une preuve entre mille que l'on chercherait à différencier la diarrhée d'un pays chaud de celle d'un autre, c'est que ces éruptions qui font la douleur et le désespoir souvent des malades par la démangeaison si pénible qu'elles provoquent, se voient aussi bien et aussi souvent chez les diarrhéiques de Cochinchine que chez ceux qui viennent des Antilles, de la Guyane, du Mexique, du Gabon, du Sénégal ou des mers du Sud; sans compter qu'on les rencontre en Algérie comme dans le Levant.

A mesure que la maladie fait des progrès, la maigreur s'accentue, elle prend des proportions vraiment prodigieuses, et le sujet qui avait la taille et l'apparence d'un homme ordinaire au début, finit par avoir l'air d'un enfant pour la taille. J'ai souvent fait peser des malades à tous les degrés de affection, et j'ai constaté chez plusieurs une diminution de

poids allant de 60 kilogrammes, pesée du jour de l'entrée au début de la diarrhée chronique, à 35 kilogrammes, pesée après la mort.

La maigreur devient telle à mesure qu'elle s'accentue que les os sont à peine recouverts par la peau, et que toutes leurs éminences font une saillie aiguë comme si elles allaient percer leur enveloppe cutanée. Les points saillants comme le sacrum, les crêtes iliaques, les condyles fémoraux, le grand trochanter, l'épine de l'omoplate, sont rouges, et finissent même parfois par s'ulcérer sous l'influence du frottement.

L'abdomen est très variablement disposé chez les diarrhéiques ; les uns l'ont plus ou moins ballonné, par le fait soit de développement des gaz intestinaux, soit par la présence d'un liquide ascitique. Les autres, au contraire, l'ont déprimé, et chez quelques-uns il est comme on dit en bateau, c'est-à-dire appliqué contre la colonne vertébrale.

Souvent on voit apparaître, quand la maladie a fait des progrès, un peu d'œdème des malléoles ; il se manifeste d'abord le soir ou après la marche, puis devient permanent et augmente plus ou moins, va même jusqu'à envahir les membres inférieurs en entier et l'abdomen. On a fait remarquer que cet œdème n'est pas dû à la diarrhée elle-même, mais à une affection concomitante du foie, de sorte que nous n'avons pas à nous appesantir longuement sur son compte.

Du côté du tube digestif, on trouve dans la diarrhée chronique des lésions de fonctions et des altérations matérielles de la plus grande importance ; c'est ainsi que lorsque la maladie a duré un certain temps, même alors qu'il n'y a aucune tendance aux accidents scorbutiques, la muqueuse buccale présente souvent des traces morbides. Dans les cas les plus heureux ce n'est qu'une pâleur anémique exagérée de la muqueuse et de la langue ; mais fréquemment, lorsque la maladie se prolonge,

on voit l'épithélium de la bouche se soulever sous forme de vésicules qui disparaissent d'abord sans laisser d'ulcération, mais qui produisent bientôt des aphthes sur la langue, au frein, aux gencives, aux lèvres. L'épithélium buccal semble parfois s'atrophier de sorte que la langue, la face interne des joues deviennent lisses, rouges, comme si on les avait vernissées, donnant un sentiment de chaleur constante très pénible et surtout de véritables douleurs au moment de la mastication ; l'alimentation déjà si difficile devient ainsi à peu près impossible, ce qui hâte la marche de la maladie vers l'aggravation.

A un degré avancé de la maladie on voit souvent apparaître du muguet qui envahit les gencives, le voile du palais en même temps que la langue, et ne fait que rendre l'alimentation plus difficile encore. On a signalé dans quelques rares cas la gangrène de la bouche ; mais ce *noma* a été alors une complication éventuelle n'ayant rien de spécial à la diarrhée chronique et survenue chez elle comme il peut survenir toutes les fois que le sujet est profondément débilité dans n'importe quelle maladie.

Les phénomènes que l'on voit se manifester à la bouche se produisent sur tout le tube digestif, ce qui fait que la muqueuse gastrique et intestinale devient incapable de remplir ses fonctions ; il arrive trop souvent que par le fait d'une altération anatomique bien déterminée, l'individu est condamné irrévocablement à la mort bien avant de rendre le dernier soupir. Ces cas sont heureusement rares, mais ont été vus bien des fois, et je l'ai constaté, pour ma part, plusieurs fois

L'appétit est diminué chez la plupart des sujets, au moins dans les premiers temps, mais souvent il se pervertit de manière que le malade recherche des substances manifestement nuisibles à son état, ou bien éprouve une répulsion invincible

pour celles qui lui seraient utiles. Le désir de guérir chez quelques-uns, le plaisir de transgresser les recommandations qui leur sont faites dans l'intérêt de leur guérison, chez quelques autres, enfin, un sentiment de gourmandise irréfléchi chez beaucoup fait prendre souvent aux diarrhéiques des aliments qui, soit sous le rapport de la quantité, soit sous celui de la qualité, ne peuvent être digérés convenablement et rendent les selles lientériques.

Il faut que le médecin se préoccupe de ce sentiment de faim qui tourmente beaucoup de diarrhéiques, car il est souvent un obstacle très sérieux à la guérison. Lorsqu'on emploie le régime lacté, entre autres, ce sentiment de faim inassouvie et de vacuité extrême de l'estomac peut être un véritable tourment pour les sujets. Je l'ai constaté tant de fois pour ma part, que je me suis attaché depuis longtemps à empêcher les malades de trangresser mes prescriptions alimentaires, et un des meilleurs moyens que j'aie trouvé a été d'accorder en thèse générale sans difficulté ce qui m'était demandé, quand l'aliment sollicité ne devait pas être trop manifestement nuisible à l'intéressé. Bientôt les malades de mes salles ont compris que lorsque je refuse c'est par intérêt pour leur santé et non par caprice ou par négligence. Quand un malade me fait une demande intempestive d'aliments, je cherche par le raisonnement, doucement et sans brusquerie à lui faire comprendre que mon refus est justifié ; je le rends même souvent juge de la situation, et il m'est arrivé plus d'une fois qu'après avoir ainsi préparé le sujet il a refusé de lui-même l'aliment qu'il avait sollicité d'abord avec une insistance enfantine.

La soif est assez souvent vive, on le comprend, car le besoin de réparer les pertes liquides de l'intestin est impérieux; et toutes les boissons ne peuvent être prescrites,

car les unes exercent sur la muqueuse buccale une action topique douloureuse, les autres vont enlever à l'estomac et à l'intestin leurs dernières traces de faculté digestive en délayant encore le chyme alimentaire ou en lui donnant des qualités qui le rendent plus difficile à être digéré.

Le sujet accuse souvent des douleurs épigastriques, soit constantes, soit survenant dès qu'il a pris des aliments Ces douleurs de nature gastralgique, accompagnées ou non de production de gaz, sont heureusement assez bien atteintes soit par les potions calmantes ou alcalinisées, soit par les révulsifs extérieurs, frictions ou sinapismes. Les alcooliques, l'éther, les essences, ne font le plus souvent que les exaspérer en leur ajoutant un sentiment de brûlure intérieure.

Le ventre est souvent ballonné ; des borborygmes le sillonnent de temps en temps, et il n'est pas rare de noter des douleurs entéralgiques analogues à celles que nous avons indiquées pour l'estomac.

Dans les cas graves, c'est-à-dire lorsque les sujets sont profondément débilités, on voit parfois des gaz se produire en quantité exagérée dans l'estomac et l'intestin, au point de produire une véritable pneumatose. Cette pneumatose peut prendre elle-même des telles proportion qu'il est nécessaire d'intervenir activement, si on ne veut pas voir se produire une véritable asphyxie par compression des poumons. J'ai été obligé de recourir deux fois à la ponction intestinale chez des diarrhéiques de Cochinchine à l'hôpital Saint-Mandrier.

Le malade rend souvent par l'anus des gaz infects, nouvelle preuve entre tant d'autres que la digestion est profondément troublée, et que les liquides digestifs ayant

perdu leur propriété, les aliments se trouvent dans l'intestin comme dans une étuve inerte où ils se décomposent au lieu d'être absorbés.

Les selles sont de mauvaise nature. Nous avons dit qu'au début, même alors qu'il n'y en a que trois ou quatre dans les vingt-quatre heures, c'est le matin entre trois et sept heures qu'elles sont excrétées. Quand la maladie progresse elles augmentent de nombre, mais c'est toujours le matin en général qu'on en observe le plus grand nombre; nous en avons donné la raison.

On s'est basé quelquefois sur cette périodicité des selles pour croire à une intermittence devant entraîner l'idée de la nature paludéenne de la maladie ; mais comme d'Ormay, Normand, et tant d'autres l'ont fait remarquer quelquefois cette périodicité est due au refroidissement du matin, et une des preuves entre autres qu'on puisse donner de l'absence de l'influence paludéenne, c'est que lorsque les poussées d'entérite aiguë qui traversent si souvent et si fréquemment la diarrhée chronique surviennent, on ne constate plus cette régularité des selles.

Pendant le cours de la diarrhée chronique on voit souvent survenir, soit à la suite d'une indigestion, d'un refroidissement, d'un excès génésique, d'une impression morale et même sans qu'on puisse en deviner la cause, une poussée de véritable dysenterie avec selles mucoso-sanglantes, coliques, etc. etc. La poussée paraît avoir peu d'acuité sous le rapport de la fièvre, mais elle affaiblit vite et beaucoup le sujet, précipitant son amaigrissement et sa dépression.

Chez certains sujets on voit une véritable attaque cholériforme survenir dans le cours de la diarrhée chronique. Les selles sont tout à coup augmentées de nombre, les

matières sont liquides, jaunes, blanchâtres, la température s'abaisse, la voix se casse, les vomissements se montrent ; bref, tout le cortège cholérique, jusqu'à la suppression de l'urine. L'attaque peut aller jusqu'à la mort, ou bien cède et disparaît comme l'attaque de choléra ordinaire.

Les selles sont très variables chez les diarrhéiques chroniques, et la chose se comprend très bien en songeant aux mille conditions différentes qui se présentent dans le cours de la maladie.

Un fait général cependant, c'est la tendance à la décoloration, tendance qui est plus ou moins marquée soit pendant les moments où il y a hypersécrétion biliaire, soit lorsque des aliments ou des médicaments d'une certaine nature ont été absorbés; mais cette tendance est constante et il est facile de la constater avec un peu d'attention. Dans les conditions ordinaires les selles sont grises, couleur café au lait ou chocolat au lait, et leur teinte peut varier dans une grande limite ; elles sont molles, le plus souvent liquides, et pour peu que le sujet ne suive pas un régime sévère elles deviennent rapidement lientériques. Lorsqu'il existe un peu de rectite les selles peuvent présenter des traces de sang, mais c'est l'exception, on le comprend.

Chez les diarrhéiques qui ont la maladie depuis quelque temps et qui ont plus ou moins de poussées inflammatoires ou cholériques, les selles sont non seulement souvent liquides, mais encore surmontées, comme le dit le Dr Normand, d'un amas spumeux de lambeaux membraniformes, jaunes chez la plupart des hommes qui suivent le régime lacté, bruns, chez ceux qui prennent des aliments féculents et du vin, verdâtre, chez ceux qui ont une poussée de sécrétion biliaire en ce moment. Ces déjections rappellent très bien alors comme l'indique M. Normand,

soit une omelette aux herbes finement battue, soit une omelette soufflée sortant du feu.

On a signalé dans les selles de la diarrhée chronique chez certains individus, soit l'anguillule, soit d'autres organismes inférieurs dont nous aurons à parler en détail ultérieurement, et que nous pouvons signaler seulement pour mémoire ici.

L'excrétion des selles est précédée, en général, d'une petite colique qui commande impérieusement au malade, et l'expulsion se fait d'un flot tumultueux composé d'un seul jet. Au début, chaque selle est accompagnée d'un sentiment de fatigue pénible, puis on dirait que la fatigue étant permanente, chaque excrétion ne vient pas apporter un nouveau contingent d'affaiblissement.

Lorsque le traitement réussit, la consistance des selles va en augmentant ; mais il est à noter que sous mille influences et même sans cause appréciable, on les voit de temps en temps prendre temporairement leur plus mauvais caractère pour redevenir meilleures. Ainsi de suite, elles vont en augmentant de liquidité si la maladie marche vers l'aggravation, ou bien deviennent plus solides si elle s'améliore.

Il y a quelquefois des troubles urinaires chez les diarrhéiques chroniques. D'abord les coliques sourdes qu'ils éprouvent de temps en temps sont souvent localisées à la région hypogastrique et semblent autant provenir de la vessie que de l'intestin. Souvent il y a de la dysurie, de la strangurie, ou au moins un sentiment de chaleur pénible dans le canal de l'urèthre.

Les urines sont rares et souvent à cause de cela troubles ; l'analyse montre que cet état trouble tient surtout à la diminution de l'eau. La chaleur et l'acide nitrique s'y révèlent pas d'albumine, les divers réactifs n'y indiquent pas de sucre.

Le pouls, normal au début, tend à devenir plus faible à mesure que la maladie fait des progrès. On comprend que sous l'influence d'une poussée d'acuité il peut prendre plus ou moins d'amplitude, mais on sent facilement qu'elle est toute factice ; l'élément inflammatoire ne saurait jamais prendre une bien grande importance chez des sujets aussi profondément débilités. Ajoutons que le sphygmographe donne le tracé du pouls anémique sans que jusqu'ici on ait pu lui trouver un autre caractère spécial.

La température tend à s'abaisser tant qu'il n'y a pas d'état fébrile, et ce que je viens de dire du pouls lui est si directement applicable que nous n'avons pas besoin d'insister.

La susceptibilité nerveuse de l'individu va en augmentant, on le comprend, à mesure que la maladie s'accentue. Elle arrive à être excessive chez certains patients qui sont sujets à mille douleurs physiques, à mille agacements moraux, à un état de tristesse et de susceptibilité de caractère perpétuelles. Tous ces phénomènes, dont on comprend la nature, la cause, font plaindre d'autant plus le malade que l'on sent qu'à cause du maintien intégral de son intelligence il se rend parfaitement compte de son état et des conséquences qu'il doit ou peut entraîner.

Il faut noter cependant que très heureusement on voit la mémoire diminuer chez un certain nombre de diarrhéiques dont la maladie doit avoir une issue funeste, et qu'à mesure que le dépérissement fait des progrès beaucoup tombent dans une indifférence et une apathie qui sont encore un bienfait de la nature, dans le triste état où ils se trouvent.

Les sujets s'enrhument facilement, la chose se comprend très bien par l'état de maigreur et de dépression orga-

nique dans lequel ils se trouvent. Nous n'avons pas besoin d'insister longuement sur ce sujet pour faire voir les conséquences possibles; cependant nous devons dire que, soit à cause de l'irritation des voies aériennes occasionnée par ces rhumes successifs, soit seulement parce que la diarrhée est un des types les plus complets de la maladie de misère, on voit souvent, lorsque la guérison tarde à venir, les poumons s'infiltrer de tubercules et la phtisie se déclarer.

Le scorbut peut venir compliquer la scène déjà si triste, et par la gingivite, les pétéchies, les ecchymoses, les hémorrhagies passives affirmer son existence en même temps que sa gravité.

Le foie diminue fréquemment de volume, au lieu de s'hypertrophier, lorsque la diarrhée s'est établie peu à peu dès les premiers temps du séjour dans les pays chauds pour ceux qui ont quitté la zone tempérée; ou bien lorsqu'elle est survenue sans qu'il y ait eu au préalable une atteinte de dysenterie, tant chez ceux-ci que chez les individus qui sont restés dans leur pays natal. Lorsque, au contraire, il y avait eu antérieurement à l'établissement de la diarrhée une congestion prolongée du foie, on comprend que l'organe hépatique a pris des proportions telles qu'il ne peut perdre, ni aussi vite, ni aussi bien que dans d'autres circonstances son volume plus ou moins exagéré.

Lorsque le diarrhéique est en même temps sous l'influence du paludisme, il présente des accès de fièvre qui évoluent parallèlement à la diarrhée sans l'influencer d'une manière bien marquée, ou au moins bien durable. Ces accès de fièvre hâtent très généralement l'affaiblissement de l'organisme, et il est urgent de les combattre si on ne veut pas qu'ils concourent à hâter l'issue funeste. Il sur-

vient parfois dans les cas d'impaludation un accès pernicieux qui emporte d'autant plus facilement le sujet que le ressort organique est extrêmement amoindri, et que la réaction vitale est difficile à se produire chez lui.

La marche de la maladie est essentiellement chronique avec des exacerbations ou poussées d'acuité. Ces poussées successives sont très remarquables en ce sens qu'elles ont un caractère, pour ainsi dire, pathognomonique de la maladie. Lorsque la diarrhée chronique doit guérir, on voit ces poussées arrêter de moins en moins la marche vers le mieux, devenant de moins en moins fréquentes et de moins en moins intenses. Au contraire, lorsque la maladie s'aggrave, ces poussées sont de plus en plus fréquentes, et on s'aperçoit bientôt qu'après chacune d'elles le sujet a perdu quelque chose de sa force ou de son aptitude digestive.

Lorsque la maladie est arrivée à ses dernières limites, on voit survenir la mort dans des conditions très variables. Tantôt c'est un affaiblissement ménagé et graduel de toutes les fonctions, de sorte que le sujet s'éteint peu à peu comme une lampe qui manque d'huile sans qu'on puisse dire quel est l'organe autre que l'intestin devenu inerte qui entraîne la mort ; dans ces cas, c'est la mort par une véritable inanition. D'autres fois c'est un phénomène d'entérocolite aigu qui rappelle la diarrhée cholériforme des enfants. Chez quelques-uns on voit une algidité semblable à celle d'un accès pernicieux qui vient clore la scène. Dans nombre de cas, la maladie organique de la poitrine a marché de telle sorte qu'on peut se demander si c'est à la diarrhée ou à la phtisie que le sujet succombe.

Nous avons signalé les cas de pneumatose passive du tube digestif entraînant l'asphyxie, les accès pernicieux intercurrents chez des sujets impaludés.

On a vu parfois un abcès du foie, resté longtemps inaperçu, évoluer rapidement dans les derniers temps et subir la décomposition putride qui donne à la maladie un faux air d'accidents typhoïdes.

D'ailleurs, que ce soit tel ou tel phénomène qui termine l'existence et quel que soit le moyen par lequel la mort survient, on sent bien que c'est comme une excuse que la nature prend pour en finir avec un organisme dont la résistance vitale a été sourdement ruinée et détruite depuis longtemps par l'inaptitude digestive du tube intestinal.

CHAPITRE TROISIÈME

FORMES DE LA MALADIE

Il s'en faut de beaucoup que la dysenterie soit toujours une maladie semblable à elle-même chez les divers sujets, tant dans les cas aigus que dans les chroniques, tant dans les degrés légers que dans les atteintes graves; aussi avons-nous besoin d'ajouter aux divisions dont nous venons de donner le détail, d'autres coupures qui nous permettront d'envisager un plus grand nombre de variétés qui se présentent à l'observation clinique, et par conséquent, que le médecin rencontre dans sa pratique C'est ainsi que nous allons parler successivement dans ce chapitre et dans le suivant des formes et des complications de la dysenterie aiguë et de la dysenterie chronique.

Mais nous devons prévenir dès le premier mot le lecteur qu'il ne doit pas être trop exigeant au sujet des distinctions à faire entre ces deux termes : formes, complications; car ce qui peut être considéré à certains égards, dans quelques circonstances ou suivant le point de vue auquel on se place, comme

une forme de la dysenterie par les uns, peut bien être regardé comme une complication par les autres et *vice versa*.

Aussi, tout en admettant en principe la définition que donne Delioux des mots formes et complications : « *les formes admissibles dans l'histoire de la dysenterie ne dépendent pas de la lésion d'un organe autre que ceux qui sont habituellement compromis, mais seulement d'une modalité dans les lésions anatomiques fondamentales* », ne nous attarderons-nous pas à discuter la question de savoir si tel phénomène est une complication seulement, ou bien est une forme particulière de la maladie. Nous nous bornerons à faire des efforts pour peindre bien exactement ledit phénomène, sans nous inquiéter outre mesure de la place qu'il devrait rigoureusemeut occuper.

Il faut bien faire remarquer avant tout qu'il est souvent fort difficile de voir au lit du malade telle ou telle forme que l'on admet sans conteste dans les livres ; il est au moins difficile de la voir à l'état de parfaite pureté et sans phénomènes en plus ou en moins. On le comprend d'ailleurs très bien, en écrivant l'histoire d'une maladie, on ne peut présenter qu'un ensemble type, si je puis m'exprimer ainsi, des symptômes ; le clinicien doit, au lit du malade, reconnaître la forme au milieu le plus souvent de phénomènes étrangers.

En outre il ne faut pas manquer aussi de garder en mémoire que la maladie a très généralement pour caractère spécial, quelle qu'elle soit, non seulement de présenter un aspect particulier suivant les divers individus qu'elle atteint, mais encore qu'elle va se modifiant, se transformant d'une manière souvent incessante, de telle sorte qu'elle passe du simple au composé et *vice versa* avec plus ou moins de transitions et dans un espace de temps variable. On a dit et répété mille fois cela sans l'exprimer trop souvent et trop clairement ; en effet, à tout instant on voit la dysenterie débuter à l'état simple et bénin, puis

tandis que chez l'un elle va rétrocédant, chez l'autre, elle devient inflammatoire, puis prend parfois la tendance typhoïde, gangréneuse, hémorrhagique ou cholérique; de telle sorte que la pensée peut très bien comprendre la possibilité pour le clinicien de voir un malade chez lequel on observerait successivement toutes les formes, toutes les variétés, et, disons plus, toutes les complications qu'énumèrent les livres.

Ajoutons que, suivant le pays, la saison, certaines conditions dépendantes de mille facteurs différents, on voit de préférence telle ou telle allure. Mais tout ceci n'est dit que pour bien mettre le lecteur à même de se faire une idée arrêtée sur la maladie, et la réserve étant faite, nous allons entrer dans l'analyse de chaque forme que la théorie présente à l'esprit.

Combien admettrons-nous de formes différentes? car, malgré les restrictions que nous venons de faire, il nous faut en présenter une énumération et même essayer de fournir une sorte de classification de leurs diverses variétés. Or déjà, dans le premier chapitre, nous avons parlé de celles que les divers auteurs qui ont écrit sur la dysenterie ont cru pouvoir admettre, de sorte que c'est un point complémentaire qu'il nous reste à présenter ici.

Tableau des diverses formes que peut affecter la dysenterie.

A. — Flux de ventre aigus :

La diarrhée aiguë au 1er degré peut affecter la forme : — tormineuse, — catarrhale, — bilieuse, — séreuse, — choléroïde intermittente.

La dysenterie proprement dite au 2e et 3e degré peut affecter la forme : — inflammatoire, — bilieuse, — rhumatoïde, — insidieuse, — gangréneuse, — hémorrhagique, — choléroïde, — typhoïde intermittente.

B. — Flux de ventre de transition se présentent sous forme

de colite ou rectite, et chacune, de ces deux formes présente nombre de variétés.

C. — Flux de ventre chroniques se partagent en diarrhée chronique et en dysenterie chronique.

Cette classification logique, il me semble, à certains points de vue, est passible cependant d'une objection capitale : c'est qu'elle rapproche et met en saillie des formes qu'on voit à chaque instant dans la pratique et des atteintes qui ne s'observent que très rarement; aussi je crois nécessaire de bien faire remarquer au lecteur que, si on voulait énumérer les diverses formes de la dysenterie d'après leur degré de fréquence clinique, il faudrait placer dans les formes qu'on voit fréquemment les dysenteries : catarrhale, bilieuse, séreuse, tormineuse; dans celles qui s'observent quelquefois, les formes : insidieuse, typhoïde, gangréneuse; enfin dans celles qui se rencontrent rarement, les formes rhumatoïde, choléroïde, etc. etc. Mais cette classification ne saurait nous servir absolument de base, car, suivant les pays, les saisons, les individus, telle ou telle forme prédomine, de sorte que le critérium ne peut encore être trouvé là.

En outre, n'oublions pas d'insister pour bien rappeler que la même forme peut avoir, toutes choses égales d'ailleurs, plus ou moins de gravité. C'est ainsi, par exemple, que la bilieuse peut se ranger parmi les atteintes du premier ou du second degré de la dysenterie, que la choléroïde peut se ranger dans le premier, le second ou le troisième. Aussi, pour ne pas donner trop d'étendue à notre étude, n'allons-nous pas suivre la marche cependant si naturelle qui voudrait que nous parlions d'abord des formes spéciales au premier degré, puis de celles qui se montrent dans le second, enfin de celles qui sont afférentes au troisième; — nous passerons en revue successivement les formes tormineuse, catarrhale, séreuse, bilieuse, insidieuse,

inflammatoire, choléroïde, rhumatoïde, gangréneuse, hémorrhagique intermittente et typhoïde ; ayant soin, au fur et à mesure, d'indiquer les différents degrés d'intensité qu'elles peuvent revêtir. Nous dirons enfin un mot rapide de la diarrhée infantile, de celle des phtisiques et des septicémiques.

VARIÉTÉS DU DÉBUT

Nous avons dit précédemment que la dysenterie commence souvent d'emblée, d'autres fois elle succède à une diarrhée ou à une constipation ; elle débute avec ou sans appareil fébrile ; enfin nous ajouterons que, même sous le rapport des altérations anatomiques, la dysenterie ne commence pas toujours de la même manière et n'a pas les mêmes allures suivant les pays. La chose est admise sans contestation ; ainsi par exemple, aux Antilles, c'est surtout par le cæcum et le côlon ascendant que débutent les lésions de l'intestin ; on dirait que ces lésions vont gagnant de proche en proche vers la fin du tube digestif. Au contraire, en Cochinchine, c'est souvent par le rectum que commencent les altérations caractéristiques, qui vont gagnant de proche en proche l'S iliaque, le côlon ascendant, transverse, descendant, etc. etc. Dans nombre de contrées où la dysenterie est endémique, comme en Algérie, au Sénégal, etc., etc., on la voit tantôt aller du rectum vers le cæcum, tantôt marcher inversement ; et dans les diverses épidémies qui ont été observées la même chose se passe, sans que jusqu'ici on ait pu en fournir uue explication certaine.

On comprend sans peine que, suivant que la dysenterie commence par le cæcum ou le rectum, les symptômes comme le traitement doivent présenter quelques différences au moins au début ; mais il n'est pas nécessaire d'insister bien longuement à ce sujet ici, ce que nous avons dit précédemment touchant la dysenterie franche et la rectite doit nous en dispenser.

FORME TORMINEUSE

C'est assurément la plus bénigne, celle qui semble être le résultat d'une mauvaise digestion, d'une surcharge intempestive du tube digestif par des aliments pris en trop grande quantité ou choisis parmi les plus réfractaires à la digestion.

C'est à peine si nous devons dire un mot de cette forme, qui est le plus souvent éphémère ou qui ne tarde pas à faire place à une autre, si le dérangement du corps doit durer quelque temps. Quoi qu'il en soit, nous comprenons facilement que le plus souvent c'est l'estomac qui a été le premier organe fatigué; il a fourni tous les symptômes de l'indigestion au début. Les selles ne sont venues qu'en secónde ligne et comme suite, complément ou bien analogue du vomissement pour débarrasser l'organisme de sa surcharge passagère. Des coliques plus ou moins vives, accompagnées de développement de gaz odorants, ouvrent la scène; les premières selles sont franchement fécales, puis mal élaborées, contenant au milieu d'un liquide où la bile est le plus souvent en majeure partie des aliments plus ou moins reconnaissables encore.

Les individus atteints par la présente forme se partagent en deux catégories, chez les uns après un orage passager, car l'indigestion par elle-même n'est qu'un accident de courte durée, les selles deviennent moins fréquentes, prennent l'aspect plus séreux ou plus bilieux, suivant que le sujet a pris d'assez abondantes boissons aqueuses ou bien qu'il avait une tendance à la biliosité au moment où l'indigestion s'est produite; et la convalescence arrive. Chez les autres, au contraire, la dysenterie s'affirme sous une autre forme méritant davantage le nom de maladie, car jusqu'ici, je le répète, nous

n'avons été en présence que d'une indisposition tout à fait passagère.

FORME CATARRHALE

Ce que la quantité ou l'indigestibilité des aliments a produit dans quelques circonstances, le refroidissement le produit dans d'autres, et les phénomènes sont si semblables tout d'abord qu'on pourrait confondre ces deux formes sans grand inconvénient. Cependant cette forme dite catarrhale a peut-être pour caractère d'être moins passagère que la précédente; et de même que ce qu'on appelle le *rhume* du cerveau ou de la poitrine, quand on parle du retentissement du froid sur les organes de la respiration, ne se termine pas en quelques heures, de même ce *rhume de l'intestin* se prolonge pendant quelques jours.

Dans le cas qui nous occupe, il arrive souvent que pendant trois, quatre, huit jours, les digestions sont mal élaborées; quand les aliments arrivent dans le gros intestin ils provoquent des coliques et sont expulsés rapidement, au lieu d'être digérés lentement comme le veut l'état physiologique.

Quoi qu'il en soit, à moins de conditions spéciales, la forme catarrhale, dégagée de toute complication, se termine bientôt, et comme la précédente elle est suivie de la guérison, ou bien est remplacée par des phénomènes morbides assez spéciaux pour lui faire perdre son nom et se substituer à elle.

FORME SÉREUSE

Comme son nom l'indique, la forme séreuse est celle dans laquelle les selles ont un aspect et une consistance

aqueuse, de couleur neutre allant du gris clair au gris brunâtre. Les dernières selles d'un purgatif au sulfate de soude sont, en général, des selles séreuses typiques. Souvent cette diarrhée séreuse n'est que la terminaison d'une atteinte tormineuse ou d'indigestion; souvent aussi elle est due à une influence catarrhale, à un refroidissement du corps. Je dois même avouer à ce sujet que nombre de fois il est absolument impossible d'établir une distinction bien tranchée entre ces deux dernières formes : la séreuse et la catarrhale, dans les descriptions qu'en font certains auteurs; et pour ma part, si j'ai conservé la séparation, c'est plutôt pour suivre les errements de nos devanciers que parce que je suis réellement persuadé de leur différence.

Il y a généralement peu de coliques dans la diarrhée séreuse; les selles arrivent en flot et, comme on le dit vulgairement, en fusée, trompant souvent la contractilité des sphincters. C'est un liquide grisâtre tournant plus ou moins au brun, plus ou moins au verdâtre, suivant qu'il y a plus ou moins de tendance à la biliosité chez l'individu.

La forme séreuse ne dure en général pas longtemps dans les atteintes aiguës; c'est par elle souvent que passe la maladie, quelle qu'ait été sa forme primitive, lorsqu'elle est bien et facilement amendée par la thérapeutique laxative; et dans ce cas on comprend que ce n'est qu'une forme de transition entre la maladie proprement dite et la convalescence.

Dans les atteintes chroniques, la forme séreuse est moins fâcheuse que la lientérique ou la bilieuse, elle indique que dans le moment la digestion des aliments, tout imparfaite qu'elle soit, n'est cependant pas nulle, et d'autre part, qu'il n'y a pas une épine passagère ou persistante du côté du foie.

La forme séreuse est une de celles qui s'accompagnent de la

soif la plus vive en général ; la chose se comprend très bien en songeant qu'elle fait évacuer une quantité relativement considérable de liquides aqueux que l'organisme doit emprunter aux boissons. Il suffit d'avoir indiqué ce mécanisme pour faire comprendre l'utilité de la continence des boissons dans les cas de ce genre, sans préjudice naturellement des moyens de la thérapeutique proprement dite.

FORME BILIEUSE

Un si grand nombre de médecins, et disons en passant que je me range parmi les plus convaincus de cette catégorie, croient tellement à l'influence capitale de la bile dans la genèse de la dysenterie, qu'il semble de prime abord que la forme dite bilieuse est celle que l'on doit constater toujours à première vue, ou au moins celle que l'on rencontre toujours quand on pousse les investigations assez loin. Mais si en remontant aux causes, au mécanisme intime des flux de ventre, on est amené à incriminer la bile, il faut reconnaître cependant que dans les atteintes de dysenterie cette biliosité des déjections et de l'individu même, qu'on me passe le mot, est assez différemment accusée d'un sujet à l'autre pour qu'on soit autorisé à parler d'une forme bilieuse par opposition à la forme hémorrhagique, gangréneuse ou séreuse, par exemple. La cause de la maladie peut être la même, son mécanisme peut ne pas être différent ; et cependant la manifestation morbide se fait par des symptômes assez distincts, suivant les cas, pour justifier une distinction qui n'est acceptée d'ailleurs que pour permettre d'étudier avec plus de précision, en multipliant les points de vue, une affection dont un des caractères les plus saillants est la variabilité et la mutabilité

considérable et souvent incessante, suivant les pays, les saisons, les individus, et même parfois chez le même individu, toutes choses égales d'aillleurs.

La forme bilieuse est celle qui a été, peut-on dire, observée le plus souvent dans ces épidémies des siècles précédents; mais ce n'est pas une raison pour qu'elle ait été mieux étudiée, car les auteurs de ces époques ont plus d'une fois obscurci les descriptions au lieu de rendre les maladies plus compréhensibles.

Dans les pays chauds la forme bilieuse se rencontre très souvent, et a quelquefois une prédominance marquée sous le rapport de la fréquence, de telle sorte qu'on peut dire qu'elle constitue les trois cinquièmes des atteintes de moyenne ou de légère gravité.

La dysenterie bilieuse peut présenter divers degrés de gravité, et Stoll, qui l'étudia avec soin, crut pouvoir la subdiviser en trois catégories, une légère, une moyenne et une grave.

Cornuel, de son côté, a admis deux variétés de cette dysenterie bilieuse : la première, simple, n'est à proprement parler que la diarrhée dégagée de toutes complications et devant guérir le plus souvent vite et bien. La seconde, au contraire, est grave par elle-même, sans compter qu'elle peut s'aggraver aussi par le fait de l'apparition de certaines complications qui surviennent assez fréquemment dans son cours.

Ce que nous avons dit déjà de la dysenterie en général nous permet d'être bref en ce moment, aussi ne ferons-nous qu'esquisser à très grands traits cette forme bilieuse qui peut être de légère ou de moyenne gravité ; car lorsqu'elle devient grave elle perd son caractère de biliosité exclusive pour revêtir tel ou tel autre, comme la gangrène, l'état typhoïde, etc. etc.

Souvent dans les pays chauds on voit survenir au milieu de la santé cette diarrhée bilieuse qui succède fréquemment à la constipation et qui lui est préférable, car plus peut-être que la diarrhée bilieuse légère, la constipation semble prédisposer à la dysenterie. Cette diarrhée bilieuse, quand elle se borne à un dévoiement passager constitué pendant quelques jours par deux, trois ou quatre selles d'un vert ou d'un jaune plus ou moins foncé, est une débâcle qui dégorge momentanément le foie, et à ce titre est un évènement favorable contre lequel il ne faut pas se hâter de réagir, qu'il faut favoriser même dans quelques circonstances. D'Ormay, qui s'est occupé avec tant de soin des flux de ventre des pays chauds, se basait sur l'état des forces du sujet pour savoir s'il devait ou non intervenir pour la modérer, et tant que le sentiment de lassitude n'était pas trop grand, tant que son malade conservait la *vigueur du jarret*, pour nous servir de son expressien familière, il s'abstenait de tout traitement actif.

Il arrive souvent que, pendant la période prodromique de la forme qui nous occupe, le malade a la bouche amère, a perdu l'appétit, a des nausées, parfois même des vomissements bilieux. La chose se comprend très bien; aussi n'est on pas étonné de voir le médecin qui a examiné le premier le sujet caractériser son atteinte d'état bilieux. Ce n'est qu'après quelques jours que le nom de diarrhée ou dysenterie bilieuse est justifié.

Dans l'état qui nous occupe, la réaction fébrile n'est pas intense et l'état général reste assez bon, apyrétique même le plus souvent; car dans l'immense majorité des cas, lorsqu'on voit la fièvre s'allumer, les caractères de biliosité se sont aggravés d'abord, puis ont fait place à d'autres qui les marquent tout à fait.

Les selles sont jaunâtres ou verdâtres, c'est-à-dire ont cet aspect qui a été appelé bilieux ; plus ou moins visqueuses d'abord, elles prennent un aspect plus séreux sous l'influence des purgatifs, quand la maladie s'améliore, tandis, au contraire, qu'elles tendent à se teinter de sang, à contenir plus de mucus si elle s'aggrave et devient plus sévère.

Les selles de la forme bilieuse plus que les autres ont la propriété de provoquer à l'anus un sentiment pénible de brûlure qui s'accompagne même parfois d'érythème. Le mécanisme de ce phénomène est si naturel que nous n'avons pas besoin de l'expliquer.

On comprend par les quelques indications que nous avons données touchant la forme bilieuse quels sont les caractères spéciaux de cette dysenterie, et on sent que, suivant l'intensité de l'atteinte, on peut la classer dans la première ou dans la seconde catégorie pour ce qui est de la gravité ; je n'ai donc pas besoin d'insister là-dessus.

Dans quelques cas trop fréquents la forme bilieuse marche vers l'aggravation, et il arrive bientôt un moment où se montrent des phénomènes typhoïdes qui font que la maladie s'est transformée insensiblement en cette variété. Nous n'avons pas à présenter ici le tableau de cet état, que l'on trouvera au paragraphe spécial de la dysenterie typhoïde. D'autres fois le sang apparaît peu à peu dans les selles et tend à se substituer à la bile, de sorte que de la forme bilieuse on a passé insensiblement à l'hémorrhagique ou à l'inflammatoire. On comprend d'ailleurs si bien ces diverses modifications qu'il est inutile de s'appesantir davantage. Le lecteur devine à cette variabilité si fréquente et si facile que je signale à chaque instant que si ces diverses formes de la dysenterie doivent réagir sur certains points de sa thérapeutique, le traitement des flux de ventre

conserve néanmoins une unité que l'unité fondamentale de la maladie justifie pleinement.

FORME INFLAMMATOIRE

La forme inflammatoire de la dysenterie appartient à la période aiguë et se trouve définie par son nom même ; selles dans lesquelles la présence du sang est plus accusée, sans cependant qu'elles aient l'aspect hémorrhagique ; coliques, abdomen douloureux à la pression, réaction fébrile avec élévation marquée de température, bouche sèche, langue rouge, soif, pouls plein, visage animé et accusant la souffrance au premier coup d'œil, peau sèche habituellement, et même reprenant rapidement son aridité quand on l'a humectée artificiellement ou bien qu'une douleur passagère a fait apparaître un peu de sueur : tels sont les caractères de cette variété de la maladie.

Ajoutons que les selles sont sanguinolentes, composées d'un peu de ce mucus que le vulgaire appelle la graisse, mais surtout qu'elles contiennent du sang en plus ou moins grande quantité, ce qui a valu à ces déjections le nom de *lavure de chair, de raclure de boyaux!* etc., etc. qui lui a été donné. Ces selles nombreuses émises, peu copieusement chaque fois, prennent suivant que la maladie penche vers l'amélioration ou l'aggravation des caractères qui sont d'une grande importance, tant pour le diagnostic que pour le pronostic, et dont nous parlerons en détail en faisant l'analyse des symptômes.

En un mot, on voit dans ce que nous venons de dire, les phénomènes morbides propres aux phlegmasies viscérales, et ils sont accusés en général en raison directe de l'intensité du mal et de la richesse de l'organisme sur lequel ils se manifestent.

La forme inflammatoire peut, on le comprend facilement, se

tenir dans des limites très variables, suivant mille facteurs différents; elle peut se terminer par une défervescence heureuse et rapide avant que les lésions du gros intestin aient eu le temps d'être assez profondes pour constituer des désordres durables, et c'est le cas le plus heureux, mais aussi, il faut le reconnaître, le plus rare.

Dans d'autres circonstances, la dysenterie inflammatoire dure assez longtemps pour que la réparation soit ultérieurement plus ou moins laborieuse, et suivant qu'il y a eu excès ou persistance des premiers phénomènes, on voit des accidents phlegmoneux locaux ou des formes plus graves que l'inflammatoire, c'est-à-dire les formes hémorrhagique, gangréneuse, typhoïde, etc., etc., survenir. Suivant qu'elle s'est terminée à temps pour qu'une réparation heureuse se fasse, ou bien, au contraire, qu'elle a duré assez pour qu'un phénomène grave se produise, la dysenterie inflammatoire était appelée dans les siècles précédents des noms de bénigne ou de maligne. Il faut reconnaître que ces appellations sont assez stériles, car ce caractère de bénignité ou de malignité n'est donné *a posteriori* à la maladie dans la pratique, de sorte qu'on est disposé à lui prêter de moins en moins d'importance de nos jours.

La forme inflammatoire marche vers l'amélioration ou vers l'aggravation d'une manière assez rapide; aussi elle ne dure pas longtemps à proprement parler. Si c'est vers l'amélioration franche et de bon aloi qu'elle se dirige, on voit les phénomènes morbides s'amender favorablement vite et bien. Le sang, la sérosité sanguinolente disparaissent bientôt; quelques traces de bile se montrent davantage dans les excrétions, et il n'est pas rare de voir les selles non seulement diminuer beaucoup de nombre, mais même s'arrêter complètement pendant douze, vingt-quatre, trente-six heures même.

Je dois appeler incidemment l'attention sur ce point : il se-

rait maladroit de considérer le sujet comme totalement guéri, alors que les selles se sont espacées de douze à dix-huit heures, et si le sujet reprenait intempestivement ses habitudes de travail et de nourriture sans plus tarder, il courrait grande chance d'éprouver une rechute. Il faut, en effet, donner le temps à la guérison de s'affirmer, et le médecin doit-il veiller avec vigilance pendant quelques jours encore pour bien assurer la guérison. C'est au moment où la lésion intestinale est en réparation et où, par le fait d'une atonie passagère des fibres musculaires du tube digestif, ou bien par celui du peu d'abondance de la secrétion biliaire, il y a une sorte de constipation de retour, qu'on me passe le mot, qu'il faut, soit par de légers laxatifs, soit surtout et mieux encore par de grands lavements émollients, souvent répétés, aider à la réparation de la phlegmasie du gros intestin en lavant la muqueuse à grande eau et en empêchant l'action de contact des matières trop prolongée de produire une irritation topique qui provoque si souvent la colite ou la rectite de transition, et qui fait que la guérison, au lieu de s'accomplir franchement et bien, est retardée, sinon compromise.

Si la dysenterie inflammatoire marche vers l'aggravation on voit les phénomènes morbides s'accentuer d'une manière fâcheuse : la température reste élevée, les selles prennent un caractère de plus en plus mauvais et affectent un des aspects suivants : ou bien elles sont tout à fait sanglantes ; ou bien elles sont constituées par une sérosité roussâtre d'aspect louche, plus ou moins dense. Souvent on voit en décantant ces selles une substance noire en petits grumeaux, semblable à de la poudre de tabac, déposer par le repos au fond du vase ; c'est l'indice du passage de la dysenterie inflammatoire à la forme gangréneuse. D'autres fois on voit la selle se séparer en deux portions par le repos : une supérieure, liquide, louche, l'autre

inférieure, gluante comme une solution de gomme ou une glaire d'œuf, louche aussi; c'est l'indice de la suppuration intestinale.

Quoi qu'il en soit, la dysenterie inflammatoire arrivée à cette période se transforme ou se comprend, d'après ce que je viens de dire, en une autre forme : l'hémorrhagique, la gangréneuse, la typhoïde, sans compter ou bien qu'un orage cholérique peut survenir, ou bien qu'un accident de péritonite, d'accès pernicieux, etc., etc., peut venir compliquer la scène d'une manière toujours très grave, trop souvent mortelle.

FORME INSIDIEUSE

On rencontre souvent dans les pays chauds et plus d'une fois dans les contrées de la zone tempérée, une forme de la dysenterie qu'il est nécessaire d'étudier à part pour se bien rendre compte de ses allures et de sa gravité : c'est ce que nombre de médecins de la marine, d'Ormay, Gayme, Bourgarel, etc. etc., ont appelé la dysenterie insidieuse ou d'apparence subaiguë.

Cette forme plus fréquente dans les pays malsains, pendant la saison des pluies, chez les sujets déjà débilités par l'anémie, la congestion du foie et toutes les causes de dépression, commence le plus souvent d'une manière tellement silencieuse que ce n'est que lorsqu'elle est en pleine activité déjà qu'on songe à porter le diagnostic.

Le sujet a eu de l'embarras gastrique, des nausées, des irrégularités dans l'appétit, dans les digestions, une soif plus fréquente et plus persistante que de coutume, un sentiment de fatigue que le repos prolongé ne faisait pas cesser. Le moindre exercice provoquait des sueurs abondantes, des frissons passagers qui alternaient avec des bouffées de chaleur; bref, il a été plus ou moins longtemps dans cet état qu'on ne peut encore appeler la maladie, et qui cependant n'est déjà plus la santé.

La diarrhée ouvre en général la scène, mais elle n'est ni intense ni douloureuse, de sorte que souvent elle reste inaperçue plus ou moins de jours. Les selles sont copieuses, séreuses verdâtres; quelquefois elles contiennent du sang difficilement reconnaissable, parce qu'il est intimement mêlé aux matières fortement colorées par la bile; d'autres fois ce sang est plus facilement reconnu. Enfin ajoutons que les selles peuvent même être décolorées et comme de la boue liquide.

Pendant ce temps les forces tombent très vite, et quoiqu'il n'y ait pas l'apparence extérieure de la fièvre, on sent que la maladie fait des progrès. Le thermomètre n'a pas été mis en usage encore dans cette forme de la diarrhée, et le pouls restant faible, la peau qui se couvre facilement de sueur donnant une impression trompeuse de fraîcheur, on a cru que la température du corps n'est pas augmentée. Mais, d'après les expériences que j'ai faites au Sénégal et à la Martinique, je suis convaincu qu'en appliquant le thermomètre dans les cas qui nous occupent, le clinicien trouvera une élévation thermique justifiant très bien les phénomènes insolites en présence desquels on se trouve.

Cette diarrhée du début est persistante, tenace, résiste aux meilleurs modes de traitement, et malgré des soins attentionnés, on voit la maigreur faire du progrès, les selles rester mauvaises, la langue ne pas se dépouiller de son enduit jaunâtre et saburral, les urines ne pas devenir claires et normales, de chargées, rouges, ou troubles qu'elles étaient au début; le sommeil continue à être agité ou à faire défaut. Après un temps variable le pouls s'élève, la peau tend à se sécher, ce qui met mieux en évidence l'élévation de la température, les selles contiennent plus franchement du sang et des débris d'épithélium. On ne peut plus hésiter alors à porter le diagnostic dysenterie, et il faut déjà dire que la maladie est grave et avancée

quand la veille encore le sujet ne paraissait pas être encore un malade proprement dit.

Les douleurs abdominales, sourdes précédemment, s'accentuent, se localisent sur le trajet du côlon à l'hypogastre. Le ténesme vésical, la dysurie se montrent; bref, la maladie va s'accentuant d'une manière rapide et sévère.

Il est rare que la thérapeutique quelque peu énergique ne paraisse tout d'abord triompher de cette poussée. Sous l'influence du sulfate de soude et mieux de l'ipéca, on voit les phénomènes morbides diminuer si bien et si vite que l'on espère la guérison, mais celle-ci ne vient pas; dès que le traitement diminue d'énergie, dès que les aliments sont autorisés, par le fait d'un léger refroidissement, d'une imprudence, sans cause appréciable même, il y a rechute ou récidive et l'état morbide se prolonge plus ou moins longtemps.

Cette forme se termine de maintes façons : tantôt une des poussées d'acuité se joue des efforts thérapeutiques, prend une gravité de plus en plus grande, la dysenterie gangréneuse survient et la mort se produit directement. Dans d'autres cas, après avoir lutté plus ou moins longtemps avec la maladie qui semblait peu inquiétante, le médecin s'aperçoit tout à coup qu'il est en présence d'un abcès du foie qui emporte presque toujours, huit fois sur dix par exemple, le malade. Dans les pays paludéens, un accès pernicieux peut terminer brusquement la scène; dans d'autres c'est une véritable attaque de choléra. Enfin, dans les cas les plus heureux, la maladie passe à l'état chronique, et le sujet est si profondément débilité qu'il faut se hâter de le renvoyer en Europe ou dans ses foyers, où pendant longtemps il restera valétudinaire sans pouvoir récupérer force, santé et même assez de vigueur pour se livrer à un travail quelque peu pénible ou à un service quelque peu actif.

FORME GANGRÉNEUSE

A proprement parler, toute dysenterie aiguë du troisième degré est gangréneuse ; car si on cherche bien dans les selles on y trouve des portions plus ou moins volumineuses d'éléments nécrobiosés. Cornuel avait été si frappé de ce fait qu'il disait que la dysenterie grave, suraiguë, est à la fois hémorrhagique et gangréneuse. La chose est vraie, mais néanmoins il est des cas où cette gangrène est plus facilement appréciable du premier coup d'œil, et c'est pour eux qu'on a réservé ce nom de forme gangréneuse.

Dutrouleau faisait remarquer que dans toutes les dysenteries de la Martinique le caractère gangréneux se rencontre, et il ajoutait que souvent les symptômes de la gangrène se décèlent presque au début de la maladie, même alors qu'il y a absence de fièvre. Il citait à l'appui de son dire le cas d'un séminariste qui avait avait eu des selles de sang pur et avait rendu des lambeaux de muqueuse de plusieurs centimètres de longueur, sans que son état général eût été inquiétant un seul instant.

Dutrouleau a rapporté dans son livre une autre observation remarquable de cette forme gangréneuse ; il s'agit d'un aspirant qui élimina, le treizième et le quinzième jour de la maladie, des lambeaux constituant environ trente-cinq centimètres de longueur de la muqueuse et de la fibreuse du gros intestin. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le sujet guérit parfaitement et que, six ans après, Dutrouleau le rencontra en parfaite santé. Pour ma part, je connais au moins une douzaine de faits analogues et on en trouve aussi dans les publications des médecins de notre armée d'Afrique ou de nos colonies.

Malgré les faits relativement assez nombreux où la guérison a pu survenir après l'élimination de portions assez étendues de tunique intestinale gangrénée, il n'en est pas moins vrai que cette forme de la dysenterie présente une extrême gravité et que souvent la mort en est la conséquence.

Les symptômes qui caractérisent la forme gangréneuse sont assez facilement appréciables, en général, pour que le diagnostic ne soit pas bien difficile à établir. Les coliques, qui primitivement étaient plus ou moins fortes, toujours vives, diminuent et même le plus souvent se calment tout à coup, sans qu'une amélioration se manifeste par ailleurs.

Les selles, qui étaient rares en général, et surtout rendues en très petite quantité à la fois, semblent devenir plus abondantes. Dans quelques circonstances on a vu des selles purement sanglantes se montrer pendant plus ou moins longtemps et plus ou moins abondamment dans la dysenterie qui va devenir gangréneuse, de sorte qu'on ne sait si on doit considérer l'atteinte comme appartenant à la forme hémorrhagique ou à la forme gangréneuse. Il faut être prévenu de cette particularité, sur laquelle nous reviendrons en parlant de la dysenterie hémorrhagique. Le plus souvent cependant les selles, qui ont d'abord l'apparence lavure de chair, ont bientôt l'aspect d'une sérosité roussâtre ou marron foncé et peu à près contiennent des fragments de forme et de volume variables, qui ne sont, à vrai dire, que des morceaux de tissu gangréné.

Ces selles gangréneuses ont parfois l'aspect d'une purée vert grisâtre assez consistante, assez semblable à du pus mal lié; elles sont parfois comme une gelée albumineuse pour la consistance. En les examinant avec soin et surtout en les décantant doucement, on voit souvent de petits grumeaux

noirs en tout semblables à l'aspect que donnerait une pincée de tabac à priser dont on aurait saupoudré le liquide.

Parfois on trouve du sang plus ou moins pur et en plus ou moins grande quantité dans ces selles gangréneuses; nous l'avons dit il y a un instant pour le début de l'atteinte, et nous devons le répéter encore pour toutes les périodes de la maladie. Nous ajouterons en passant que le mécanisme de cette hémorrhagie n'est pas difficile à saisir : l'écoulement de sang est le résultat de l'érosion d'un vaisseau de certain calibre par le progrès de la gangrène des tissus. Mais ce qui est caractéristique dans ces déjections c'est une odeur horriblement fétide qui plonge bientôt le malade dans une atmosphère âcre, prenant à la gorge ceux qui approchent de lui.

Le ventre est inerte, insensible au toucher dans quelques cas, et c'est au point que maintes fois on a trouvé à l'autopsie des perforations de l'instestin, un épanchement stercoral et même une péritonite purulente sans que la sujet eût accusé de la douleur abdominale pendant les derniers jours de la vie. Mais cependant il serait inexact de considérer cela comme sa règle, car maintes fois, au contraire, le péritoine s'irrite et s'enflamme par action de voisinage bien avant même que toute l'épaisseur de la tunique intestinale soit nécrosée, et tous les symptômes de la péritonite se dessinent d'une manière irrécusable.

La peau devient froide, se couvre d'une sueur visqueuse et perd bientôt son élasticité, comme dans le choléra, de telle sorte qu'un pli qui lui est fait reste un certain temps avant de s'effacer, le pouls est misérable, il devient de moins en moins appréciable, et finit par ne plus être perçu que dans les grosses artères.

Des nausées apparaissent assez fréquemment et même il

n'est pas rare de voir survenir, comme dans les hernies étranglées et les obstructions intestinales, des vomissements, qui sont d'abord bilieux, puis peuvent même prendre l'aspect fécaloïde si la partie supérieure de l'intestin contient encore quelques parcelles d'aliments. D'autres fois, ces vomissements restent ceux de la péritonite. Le hoquet se déclare et persiste de la manière la plus pénible, ajoutant encore une angoisse de plus à la situation déjà si triste du sujet.

Le facies, déjà profondément altéré, devient hippocratique et indiquerait à lui seul l'extrême gravité de l'atteinte, si mille autres symptômes ne le montraient déjà surabondamment. Quelquefois des phénomènes typhoïdes se montrent, et, qu'ils existent ou non, il arrive souvent que les selles sont rendues involontairement dans les derniers temps de la vie.

Dans quelques-uns de ces cas d'expulsion inconsciente des selles on a constaté un phénomène assez remarquable pour être signalé. Le sphincter anal est comme dilaté tétaniquement, de telle sorte que l'anus reste béant; c'est une ouverture circulaire de deux ou trois centimètres de diamètre, de telle sorte que, dès que les matières ont dépassé l'S iliaque, elles s'échappent au dehors sous l'influence de la pesanteur sans rencontrer aucun obstacle.

A partir du moment où les phénomènes gangréneux sont assez accentués pour dominer la scène jusqu'à la mort, il peut s'écouler de trente à cinquante, soixante heures même, qui sont une agonie des plus tristes le plus souvent pour ceux qui portent affection au sujet, car pendant que l'on constate de si horribles accidents et que la mort paraît inévitable, le malheureux, étendu sur le dos et grimaçant un sourire, comme disait Dutrouleau, croit généralement qu'il va guérir prochainement et qu'il éprouve un

mieux sensible dans sa maladie. Mais trop souvent aussi le patient a conscience de son état et assiste à son agonie et à sa mort sans avoir eu son intelligence amoindrie. Enfin ajoutons que cette mort survient par syncope le plus souvent, c'est-à-dire d'une manière bénigne et sans convulsions préalables.

Dans son excellent livre sur la dysenterie, Delioux parle, à propos de la forme gangréneuse dont nous nous occupons ici, de sphacèles plus ou moins étendus siégeant sur diverses parties du corps. Il cite comme exemples les faits signalés par Zimmermann, Fallot de Namur, Guéretin, Cornuel, etc. etc., ainsi qu'une observation qui lui est personnelle. Mais il n'est pas difficile, en lisant ce qu'il dit de constater, qu'il rapproche là des exemples très dissemblables, et ne pouvant entrer dans la présente forme que si l'on force les analogies outre mesure. En effet, en lisant le passage de Zimmermann visé par Delioux, on voit qu'il s'agit autant et plus, je crois, de fièvres de mauvais caractère, typhus et fièvre typhoïde, que de la véritable dysenterie telle que nous la comprenons. Les faits de Fallot et de Guéretin s'adressent surtout à une pyrexie maligne et putride entée ou concomitante à la dysenterie. Enfin, des trois cas personnels qu'il cite, j'en connais un très analogue à celui qu'il donne *in extenso*, et je n'ai jamais pu y voir que l'apparition, à titre d'accident intercurrent, d'un noma ou gangrène de la bouche dans le cours d'une dysenterie.

J'estime donc qu'il n'y a pas lieu de faire entrer dans la description de la forme gangréneuse de la dysenterie ces cas de gangrènes plus ou moins étendues qui ont été observées dans le cours de la maladie. Ces gangrènes constituent un accident tout à fait étranger à la forme de ce

nom, et elles ne pourraient que jeter de l'obscurité sur son étude si on cherchait à les viser dans le moment actuel.

FORME HÉMORRHAGIQUE

Comme le dit très bien Delioux, le sang entre presque toujours pour peu ou pour beaucoup dans les déjections dysentériques, mais quand il dépasse certaines proportions il prend une importance symptomatique telle qu'il a paru nécessaire à plusieurs praticiens d'admettre une variété ou forme de la maladie appelée la dysenterie hémorrhagique.

Pour ma part, j'ai vu assez souvent ce phénomène hémorrhagie être assez accentué pour n'avoir aucune répugnance à admettre cette forme, tout en faisant cette réserve dont j'ai parlé précédemment, qu'il ne faut pas être absolument rigoureux sur la signification des mots : formes, complications, variétés, qui viennent sous la plume un peu comme synonymes quand on cherche à peindre d'une manière aussi complète que possible la symptomatologie de la dysenterie.

Quand ou parle de dysenterie hémorrhagique et surtout de dysenterie hémorrhagique observée dans certains pays chauds, on soulève une question qui prête à la discussion et dans laquelle il faut prendre garde de laisser entrer la moindre obscurité, sous peine de se trouver en contradiction soit avec soi-même, soit avec les autres. On s'est demandé, en effet, s'il y a une seule variété toujours semblable à elle-même, ou bien s'il y en a plusieurs.

Je suis de cette dernière opinion, croyant, en effet, que : *A*. Tantôt ce flux de ventre sanglant n'est qu'une dysenterie proprement dite, celle qui rigoureusement mérite seule le nom de forme hémorrhagique ; *B*. Tantôt c'est le début ou

seulement un phénomène éventuel de la dysenterie gangréneuse ; *C.* Tantôt c'est un accès paludéen entérorrhagique ni plus ni moins ; *D.* Tantôt enfin, c'est une hémorrhagie intestinale survenant dans le cours soit d'une dysenterie aiguë qui se prolonge, soit d'une diarrhée ou d'une dysenterie chroniques.

Je crois que, pour renseigner aussi complètement que possible le lecteur sur ce point de l'histoire de la dysenterie, le mieux est de consacrer quelques lignes aux quatre variétés de flux de ventre sanglant dont nous venons de parler. On me permettra, pour éviter des longueurs, de ne pas entrer pour chacune d'elles dans le détail des symptômes, qui d'ailleurs, sont en grande partie semblables ; et en effet, si nous exceptons le quatrième cas où l'hémorrhagie survient spontanément chez un sujet qui ne présentait pas déjà une élévation morbide de la température, on peut dire que la forme se manifeste tout d'abord par les phénomènes d'une fièvre assez intense. Le sang, dès qu'il s'échappe en abondance assez grande pour attirer l'attention du malade et du médecin, est soit liquide, soit en caillots, mais dans tous les cas avec les caractères de l'hémorrhagie assez franchement accusés pour qu'il soit impossible de méconnaître la nature de la déjection.

Pour peu que l'hémorrhagie dure un certain temps, le sujet présente les caractères ordinaires des pertes considérables de sang : pouls petit, dicrote, sueurs froides, pâleur de la face, tendance au refroidissement, aux lypothimies, aux syncopes, bref, le cortège habituel tout entier des hémorrhagies.

On comprend que lorsqu'on perd en abondance un liquide aussi précieux que le sang l'accident ne peut durer longtemps sans compromettre la vie du sujet ; aussi, pour peu

que l'hémorrhagie se prolonge, le pronostic s'assombrit beaucoup et vite. Dans les cas les plus heureux, en effet, une anémie excessive sera bientôt la conséquence de l'accident et même ces cas heureux sont l'exception, trop souvent la mort survient sans qu'on ait eu barre sur l'hémorrhagie qui la produit.

1° *Forme hémorrhagique proprement dite.* — La dysenterie a commencé comme d'habitude par un degré léger qui en plus ou moins de temps, quelques heures à peine parfois s'est aggravé, et le malade a présenté d'abord les symptômes d'une atteinte dans laquelle l'élément inflammatoire a prédominé s'il n'a pas été exclusif. Le sang s'est montré bientôt dans les selles en quantité petite d'abord, puis prenant une importance de plus en plus grande par sa quantité.

Un fait assez remarquable c'est que, dans les pays où la dysenterie est endémique : au Sénégal, aux Antilles, en Cochinchine, on voit parfois cette forme hémorrhagique apparaître comme sous l'influence d'une véritable poussée épidémique. On dirait que les causes génératrices de la maladie sont assez puissantes, assez actives à un moment donné pour provoquer une phlogose de l'intestin telle que le sang, appelé en trop grande quantité dans l'intestin, s'échappe par la muqueuse comme une sorte d'émonctoire ; ces sortes de poussées épidémiques de dysenterie hémorrhagique ont été vues aussi, quoique beaucoup plus rarement, dans la zone tempérée.

La dysenterie dont nous parlons est toujours grave, car d'abord il n'est pas normal que le sang soit ainsi perdu en abondance, et en second lieu cette soustraction rapide du liquide fondamental de l'organisme ne peut qu'affaiblir profondément le sujet sinon compromettre l'inté-

grité de la vie elle-même. Cependant, c'est le cas le moins dangereux de la forme que nous étudions, car la mort est beaucoup plus souvent la conséquence de l'atteinte quand le paludisme ou l'altération, soit sphacélique, soit ulcéreuse de l'intestin, est la cause du flux de sang.

2° *Accès pernicieux paludéen entérorrhagique*

C'est seulement, on le comprend, dans les pays fortement entachés de paludisme que l'on observe cette variété d'hémorrhagie intestinale, qui d'ailleurs est rare, doit-on dire. J'ai eu, pendant mon séjour au Sénégal, l'occasion d'observer quelques-uns de ces accès pernicieux paludéens entérorrhagiques; ils ont fortement frappé mon esprit, et j'en ai trouvé un assez grand nombre dans les feuilles de clinique de mes prédécesseurs pour que cette catégorie d'accès pernicieux ne puisse être révoquée en doute, à mon avis.

Dans les cas que j'ai observés ou qui sont venus à ma connaissance, le sujet était toujours fortement impaludé, et, pour mieux dire, impaludé d'une manière aiguë, car il est à remarquer que la forme dysentérique de la fièvre malarienne est le plus souvent l'apanage des individus forts et ayant encore conservé les attributs d'une sanguification convenable.

La maladie a commencé par un ou plusieurs (deux, trois ou quatre à peine) accès de fièvre quotidiens de plus en plus sévères et dans lesquels le sujet a éprouvé des douleurs abdominales, le plus souvent sous forme de barre transversale au-dessus de l'ombilic. Puis à un moment donné, et sans qu'il y ait eu des symptômes de diarrhée ou de dysenterie bien accusés, la fièvre s'allume, et en même temps un besoin d'aller à la selle se manifeste, une

déjection plus ou moins sanglante se produit. Si le sujet avait des selles molles d'habitude, c'est un magma de sang et de matières fécales qui est rendu d'abord ; si, au contraire, il avait des selles moulées, c'est une fecès normale entourée d'une plus ou moins abondante quantité de sang noirâtre, plus foncé que dans le cas de rectite ou d'hémorrhoïdes, qui s'observe. Bientôt les déjections sont purement sanglantes et peuvent très bien se comparer, sous le rapport de la couleur et de la consistance liquide mélangée de caillots, aux lochies du second et du troisième jour.

Les déjections sanglantes sont plus ou moins abondantes ; j'en ai vu remplir un vase de trois litres dans l'espace de deux heures; elles sont fréquentes pendant tout le temps de la durée de l'accès. Puis, lorsque cet accès est fini, il n'y a plus de selle ou une à peine, contenant soit du sang mélangé aux matières fécales, soit quelques caillots restés en retard dans l'intestin. Enfin, lorsque l'accès de fièvre reparaît on voit de nouveau ces selles sanglantes se montrer.

Ces phénomènes sont assez clairement accentués souvent pour ne pas laisser de doute dans l'esprit à propos du diagnostic; mais dans quelques cas néanmoins ils sont obscurcis par maintes circonstances, celle d'une diarrhée antérieure, par exemple, pour qu'il soit nécessaire de recourir aux commémoratifs. Alors c'est autant par eux que par la marche même des accidents que le médecin songe à l'indication du fébrifuge. Dans tous les cas que j'ai vus, le diagnostic m'a semblé assez facile pour les raisons suivantes : 1° nous étions au moment où le paludisme avait le plus d'activité, et au contraire, où la dysenterie n'était pas encore très fréquente (commencement et

milieu de la saison chaude); 2° les sujets venaient de s'exposer fortement aux influences paludéennes; 3° l'apparition rapide, parfois subite, d'une grande quantité de sang dans les selles alors qu'il n'y avait eu précédemment que des phénomènes intestinaux insignifiants ou nuls (un peu de diarrhée ou aucun dérangement de ventre); 4° l'inégale répartition du nombre des selles suivant les heures de la journée, car les sujets restaient quinze ou dix-huit heures dans un état de calme intestinal à peu près absolu, période qui coïncidait avec l'apyrexie. Puis au moment où la température s'élevait, les coliques devenaient plus fortes, si même elles ne naissaient pas de toutes pièces, et les selles étaient pendant quatre ou six heures fréquentes, pour s'arrêter ensuite jusqu'à un nouvel accès.

Ces cas dont nous parlons ici me paraissent être l'exagération de la fièvre paludéenne dysentérique dont on voit d'assez nombreux exemples au Sénégal et sur toute la côte occidentale d'Afrique pour ne pas pouvoir la révoquer en doute. La quinine est puissante, souveraine ici comme dans toutes les variétés du paludisme, et quelque habitué que l'on soit à voir cette quinine donner des résultats excellents toutes les fois que la malaria entre pour quelque chose dans une maladie, on est aussi heureux qu'étonné de voir le danger se dissiper vite et bien sans le secours de moyens anti-dysentériques directs quand on a donné le fébrifuge bien à temps pour être efficace.

3° *Entérorrhagie dans la dysenterie gangréneuse.*

Il arrive souvent que l'hémorrhagie est intimement liée à la gangrène, comme nous l'avons fait pressentir déjà, de sorte que l'on est fort embarrassé pour dire où finit l'une et où commence l'autre, la transition se faisant d'une ma-

nière absolument inappréciable. Dans nombre de cas j'ai vu cette dysenterie hémorrhagique survenir inopinément chez un sujet qui ne paraissait pas bien sévèrement atteint tout d'abord, servant de transition brusque et courte entre un état qui semblait léger et les phénomènes de la grande gravité de la dysenterie gangréneuse, soit avec les accidents typhoïdes, soit avec ceux de la péritonite, de la cholérine, ou de l'algidité.

4° Entérorrhagie proprement dite survenant dans le cours de la dysenterie.

Dans la dysenterie aiguë, qui dure depuis un certain temps déjà, et quelle que soit sa forme, dans la dysenterie ou la diarrhée chronique, on voit survenir parfois une entérorrhagie qui a pour double caractère, d'une part, d'être, pour ainsi dire, instantanée, c'est-à-dire de se produire au moment où on y songeait le moins, d'autre part d'être, extrêmement abondante en général. Sydenham avait déjà parlé (*Méd. prat.*, sec. IV, chap. III) de cette forme d'hémorrhagie intestinale, et depuis, quoique signalée rarement elle a été observée assez souvent pour que son existence soit admise sans contestation.

D'ailleurs le mécanisme de la production de cette hémorrhagie intestinale est bien facile à comprendre. C'est l'érosion d'un vaisseau d'une certaine importance par le progrès d'une ulcération, et il faut ajouter que la dysenterie n'agit pas autrement pour le gros intestin que la fièvre typhoïde pour l'intestin grêle, que l'ulcère stomacal pour l'estomac, etc. etc. C'est une action toute mécanique et dans laquelle la maladie primitive n'est, à proprement parler, que l'occasion de l'accident.

Dans cette quatrième variété, l'hémorrhagie est, comme

dans la dysenterie gangréneuse, le résultat de l'érosion d'un vaisseau par ulcération ; mais il y a cette différence pourtant que, dans la dysenterie gangréneuse, l'ulcération est sphacélique, tandis que dans le cas actuel elle est simplement ulcéreuse, ce qui lui donne un degré de gravité de moins, on le comprend, toutes choses égales d'ailleurs.

En parlant de l'anatomie pathologique nous aurons à revenir sur ces formes, pour dire quelles sont les lésions spéciales à chacune d'elles, et dans le chapitre de la thérapeutique nous nous occuperons spécialement des quelques moyens trop faibles et trop impuissants, le plus souvent, que le médecin peut leur opposer.

FORME TYPHOIDE

La dysenterie peut-elle revêtir la forme typhoïde, ou bien, lorsqu'elle présente les phénomènes dits typhoïdes, n'est-elle que la combinaison de la dysenterie et de la dothiénentérie ? telle est la question qui se pose tout d'abord quand on parle dela forme typhoïde.

La dothiénentérie n'a été bien dégagée de ses nombreuses obscurités que par les admirables travaux des médecins français de la première moitié de ce siècle, de sorte que ce n'est que depuis les écrits de Prost, de Petit et Serres, de Louis, d'Andral, de Bretonneau et de Trousseau, qu'on la connaît assez bien pour avoir une idée arrêtée sur ses principales particularités. Or on devine que, si les lignes principales de l'affection sont tracées depuis si peu de temps, il est fort probable que ses lignes secondaires, et la dysenterie typhoïde en est une, ne doivent pas encore être arrêtées d'une manière définitive.

Je ne veux pas dire par là que l'on ne puisse trouver

dans les auteurs des siècles passés des faits qui se rapportent bien exactement à la dysenterie typhoïde ; au contraire, on était d'autant plus porté à rattacher aux flux de ventre les phénomènes appelés muqueux, ataxiques, adynamiques, malins, putrides, etc. etc., qu'on ne les avait pas coordonnés pour en faire une entité morbide spéciale.

Les médecins de notre armée d'Afrique, qui depuis 1830 ont fait de si remarquables observations sur les maladies de la zone juxta-tropicale et en particulier sur la dysenterie, ont pour la plupart cru à l'existence d'une véritable dysenterie typhoïde, et Haspel (t. 2, p. 44) en trace les grandes lignes dans ce qu'il appelle la deuxième forme de la dysenterie d'automne : la dysenterie grave, putride, maligne ou adynamique. Nombre de médecins de la marine, Thévenot, Delord, Câtel, Calvé, Delioux, etc. etc., ont partagé le même avis, et cependant Dutrouleau, qui avait une grande habitude de la dysenterie, on ne saurait le contester, et qui avait été toute sa vie si bien placé pour l'étudier à fond, ne croyait pas très fermement à l'existence de cette dysenterie typhoïde comme entité morbide spéciale. Nombre d'écrivains de pays divers ont partagé le même doute ou même ont repoussé l'idée de cette dysenterie typhoïde, si bien que Hirsch, dont le livre est fait dans le cabinet par l'examen et la discussion d'un grand nombre de travaux originaux, ne croit pas plus à la dysenterie typhoïde qu'à la paludéenne; car dit-il, cette dysenterie typhoïde se montre juste à l'endroit où règne l'influence de la pathogénie typhoïde et par conséquent accompagne ou suit cette maladie. Le cas se présente notamment, dit-il, dans les camps, dans les places assiégées, dans les hôpitaux surchargés de malades atteints de typhus, etc. etc., de telle sorte que ce n'est pas à tort qu'on lui a donné

le nom de dysenterie des camps et des hôpitaux. C'est dire, somme toute, que, si cette forme existe, elle n'est ni si commune, ni si facile à reconnaître qu'on soit porté à n'avoir aucune hésitation à son endroit.

J'ai naturellement dû me préoccuper de cette question de la dysenterie à forme typhoïde, et voici ce que j'en pense:

Tout d'abord, il faut éliminer, comme existant bien réellement, une dysenterie dans le cours de laquelle survient une fièvre typhoïde ; Dutrouleau en cite un cas dans son livre (p. 443) et, quant à moi, j'en connais quelques autres assez nombreux pour que la chose ne fasse pas doute dans mon esprit. Ce sont des faits d'individus arrivés depuis peu de temps de France ordinairement et entrés à l'hôpital pour dysenterie du premier ou du second degré; on était en ce moment en temps d'épidémie de fièvre typhoïde, il y avait dans la caserne d'où provenaient ces malades, dans les salles où ils étaient soignés, des militaires du même corps, de la même compagnie, atteints manifestement et incontestablement de dothiénentérie. A un point quelconque de l'évolution de leur dysenterie, c'est-à-dire tantôt au début, tantôt au milieu, tantôt à la convalescence, ces individus, entrés à l'hôpital pour flux de ventre endémique, ont présenté les phénomènes de la fièvre typhoïde, soit légère, soit grave, ont guéri ou ont succombé. Dans tous les cas, ces hommes me semblent avoir présenté l'évolution parallèle, mais séparée, de deux maladies bien distinctes; de sorte qu'il faut admettre, pour ce qui les regarde, que ce n'était pas une dysenterie typhoïde à proprement parler.

Dans d'autres cas bien différents, on voit soit chez les nouveaux arrivés, soit chez des sujets habitant le pays

plus ou moins longtemps; soit en temps d'épidémie de fièvre typhoïde ou bien en dehors tout à fait d'une poussée pidémique de dothiénentérie, des individus entrer à l'hôpital pour une dysenterie qui atteint bientôt le degré intense. On a affaire, on le sent, à une dysenterie grave de nature gangréneuse, car il y a pendant, plus ou moins longtemps, élimination de portions sphacélées dans les selles, élimination se traduisant par de petites parcelles noires au milieu du liquide muco-sanglant, purulent, bilieux, etc. etc., et par l'odeur caractéristique plus ou moins prononcée. A un moment donné, les selles deviennent moins fréquentes, l'abdomen se météorise un peu, la stupeur se manifeste; je ne parle ni de la fièvre ni de la sécheresse de la peau, qui existaient déjà; souvent la langue se sèche, se rôtit, pour me servir de l'expression consacrée, les fuliginosités se montrent; quelquefois, une légère hémorrhagie nasale ou linguale survient; bref, en y comprenant même le délire fugace ou assez persistant qui s'observe aussi, on est en présence de cet état dit état typhoïde. Dans ces cas graves, le malade n'est pas toujours condamné à une mort assurée, mais cependant il court les plus grands dangers; l'ataxie, l'ataxo-adynamie peuvent survenir et entraîner la terminaison funeste, et il est à remarquer que l'autopsie révèle dans ce cas des lésions assez semblables d'un sujet à l'autre. C'est 1° un état de phlogose putride, gangréneuse, des ulcérations contenues dans le gros intestin; 2° un état de rougeur inflammatoire avec arborisations de la fin de l'intestin grêle, rougeur n'étant souvent pas accompagnée de phlogose apparente des glandes de Peyer, mais d'autres fois existant avec cette phlogose plus ou moins accusée, avec des ulcérations de une, deux, cinq, dix glandes, c'est-à-dire des lésions de l'intestin grêle, rappe-

lant dans certains cas la dothiénentérie, mais souvent aussi, ne pouvant lui être assimilée ; 3° un état variable d'engorgement des ganglions mésentériques; 4° un commencement de ramollissement ou au moins un état d'hypérémie de certaines parties du foie.

Pour ma part, je n'ai vu là qu'une infection putride; de sorte que si nous voulions être très rigoureux nous ne devrions admettre là qu'une variété de la dysenterie gangréneuse, car l'état typhoïde ne m'a pas paru différent de ce qu'il est dans mille autres cas très variés, depuis la cystite purulente jusqu'à la fièvre puerpérale, en passant par l'infection putride qui survient après certaines opérations, certains traumatismes, les érysipèles phlegmoneux, les anthrax, etc. Mais en somme, comme, toute réserve faite, les formes admises ont pour objet de rendre l'étude plus facile, nous pouvons admettre cette dysenterie typhoïde qui est assez caractérisée par un ensemble de symptômes suffisant pour former un groupe de malades assez nombreux dans les épidémies de dysenterie, ou même à certains mois de l'année, dans certains pays où la dysenterie est endémique.

Je sais bien que, si on voulait discuter sur la valeur absolue des expressions, il y aurait de longues pages à écrire pour savoir si oui ou non la dysenterie typhoïde existe; mais l'utilité d'un pareil travail serait plus que contestable, et dans le cas où je me place, c'est-à-dire dans le champ de la clinique, je suis obligé de reconnaître que réelle ou non, ou, pour mieux dire, idiopathique ou seulement symptomatique, il n'en est pas moins vrai que nous devons admettre pour quelques cas la dysenterie typhoïde au lit du malade.

Tantôt l'état que nous étudions succède à la forme bilieuse et arrive ainsi par le fait d'une aggravation lente

de ces phénomènes qui n'avaient pas l'air d'être très graves au début ; tantôt, au contraire, il succède à une des autres formes, à la gangréneuse ou à l'hémorrhagique, par exemple, de sorte qu'on peut la considérer comme le résultat d'un empoisonnement putride ; enfin on a signalé dans certains pays, à certains moments ou bien chez des sujets spécialement disposés, qu'elle s'était montrée assez vite après un état léger pour qu'on pût la considérer comme produite d'emblée, pour ainsi dire.

Il n'est pas nécessaire d'entrer dans une exposition détaillée de tous les phénomènes de cette forme, il nous suffit de dire que ce qu'on a appelé *les symptômes typhoïdes* sont manifestes. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier, dépressible. Les gencives, la langue se couvrent de fuliginosités ou au moins tendent à se sécher ; le ventre se météorise ; la voix se casse ; les extrémités tendent à se cyanoser dans les cas très graves. Enfin la mort peut survenir plus ou moins vite par syncope, par asphyxie, par cholérisation, etc. etc.

Nous devons cependant faire remarquer que, quoique la forme typhoïde soit très grave le plus souvent, les sujets qui en sont atteints ne sont pas tous et toujours fatalement voués à la mort ; on a vu parfois, comme dans les cas de fièvre typhoïde extrêmement grave, la guérison survenir. La convalescence est longue, fragile, les suites de la maladie plus ou moins fâcheuses, les reliquats plus ou moins persistants ; mais enfin, quelque précaire que soit la situation, il suffit de dire que la mort n'est pas la conséquence fatale de la forme que nous étudions actuellement.

Dans la dysenterie typhoïde les altérations de l'intestin ont leur maximum du côté du cæcum et du côlon ; le rectum est moins profondément altéré, de sorte que l'on

comprend très bien que pendant la vie le malade ait accusé moins de ténesme que dans la dysenterie inflammatoire. Le gros intestin épaissi, ramolli, a souvent une couleur verdâtre ou jaunâtre avec teinte noire, rouge seulement au voisinage des ulcérations, qui sont, elles, plus ou moins étendues, recouvertes d'une sorte d'escarre noire ou d'un caillot sanguin qui a quelque ressemblance pour la consistance et l'épaisseur avec une fausse membrane. D'autres fois, au contraire, cette muqueuse est de couleur de groseille, c'est-à-dire formant une sorte de bouillie plus ou moins sanglante.

Du côté de l'intestin grêle il y a ordinairement des traces manifestes d'entérite, surtout à la fin de l'iléon où les follicules de Peyer sont souvent altérées en plus ou moins grand nombre et plus ou moins profondément, mais toujours beaucoup moins que dans la fièvre typhoïde proprement dite.

Ajoutons que dans la forme qui nous occupe les selles sont souvent noirâtres, liquides, petites et ne contiennent presque pas de sang, si ce n'est lorsqu'une hémorrhagie par érosion vasculaire d'une plaque de Peyer ulcérée vient tout à coup en fournir avec abondance, cas auquel le sang sort par l'anus, semblable, comme dit Haspel, à celui qu'on viendrait d'extraire d'une veine. Mais, on le voit, ces caractères ne sont pas assez tranchés pour pouvoir servir au diagnostic d'une manière bien positive.

FORME CHOLÉROIDE

Dans quelques circonstances, la dysenterie prend l'aspect du choléra d'une manière tellement accentuée qu'on a dû admettre une variété cholériforme de la maladie quand on a voulu tracer sa symptomatologie d'une manière complète.

La collection de phénomènes pathologiques qu'on désigne sous le nom de cholérine ou choléra, ces deux expressions indiquant à l'esprit deux degrés de gravité et de sévérité d'une même série d'accidents morbides, se montre dans la dysenterie à divers moments de son évolution et dans des conditions ou circonstances assez différentes pour qu'il soit nécessaire d'établir quelques distinctions à son sujet; c'est ainsi, par exemple, que :

1° Il arrive souvent que la dysenterie débute par une atteinte cholériforme plus ou moins intense ;

2° Souvent aussi c'est une atteinte de cholérine ou de choléra qui survient au cours d'une dysenterie;

3° On peut enfin admettre sans forcer les analogies que, dans plus d'une circonstance, un véritable accès pernicieux cholériforme de nature paludéenne vient compliquer une atteinte de dysenterie à un moment donné. C'est un cas tout spécial, il est vrai, mais qui s'est présenté assez fréquemment pour qu'il faille en tenir compte dans les conditions où nous sommes placés actuellement.

On le voit donc, les accidents cholériques sont un phénomène qui peut se produire au début ou pendant le cours de la maladie, de sorte que dans plus d'un cas on a été en droit de le considérer comme une variété même de la maladie, de même que, dans nombre de circonstances, au contraire, il était rationnel de le considérer comme une complication un accident venant se surajouter à l'atteinte primitive et en augmenter plus ou moins la léthalité.

Il ne faut pas croire que les accidents dont nous parlons s'observent seulement dans la dysenterie des pays chauds; dans une infinité de circonstances, en effet, on les a constatés dans les pays les plus divers, et si besoin était ce serait un des points sur lesquels on pourrait se

baser pour soutenir la thèse que la dysenterie est partout la même, quelle que soit la latitude, et que son degré de gravité dépend uniquement de l'efficacité plus ou moins grande ou de l'intensité plus ou moins marquée des causes productrices, sans que la question de longitude ou de latitude puisse intervenir à autre titre que celui d'un très secondaire appoint.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans de longs détails pour fixer les idées sur les symptômes choléroïdes ou cholériques qui se montrent dans le cas qui nous occupe : peau froide, pouls déprimé et tendant à disparaître, facies grippé, amaigrissement augmentant presque à vue d'œil, etc. etc. Du côté des évacuations intestinales on doit signaler l'aspect séreux des selles, devenues plus abondantes et bientôt rendues en flot sans que le malade en ait conscience. En un mot, ce sont les caractères si connus du choléra, et ajoutons que ces phénomènes morbides vont s'aggravant peu à peu jusqu'à la mort, si la thérapeutique est impuissante, ou bien cèdent peu à peu, absolument comme dans le choléra, pour faire place à une période réactionnelle qui complète la ressemblance, l'identité, disons-le, de l'accident dont nous parlons avec le véritable choléra.

1° Cas où la dysenterie commence par une atteinte cholériforme.

Le sujet est pris au milieu de la santé apparente par des accidents de cholérine, et tous les phénomènes de cette cholérine existent si bien qu'il est absolument impossible tout d'abord d'établir le diagnostic différentiel d'une manière précise. Ce n'est qu'après coup, c'est-à-dire quand l'atteinte initiale de cholérine, au lieu de se terminer simplement comme d'habitude, est suivie de selles prenant le

caractère dysentériforme plus ou moins vite et d'une façon plus ou moins accentuée, que les idées du médecin peuvent être fixées.

Si nous voulons un moment réfléchir sur le mécanisme du cas qui nous occupe ici, nous voyons bien clairement que, le sujet étant préparé sourdement et d'assez longtemps par un trouble dans la fonction biliaire, a eu, sous l'influence d'une cause éventuelle déterminante, une véritable poussée cholériforme pendant laquelle la bile en passant dans l'intestin a exercé une action topique tellement forte pour que la réparation de l'épithélium ne s'est pas faite vite et simplement, comme dans la cholérine ordinaire. La dysenterie qui résulte de cette cholérine initiale est en tout semblable à celle qui naît d'une autre manière; seulement je dois appeler dès à présent l'attention du lecteur sur ce point que, lorsque le traitement agit vite et rationnellement dès le premier moment, la maladie est infiniment plus facile à guérir.

2° *Cas où les accidents cholériformes surviennent dans le courant d'une dysenterie.*

Dans le cas présent c'est, au contraire, pendant l'évolution de la dysenterie en activité que se montrent les accidents cholériformes, et il faut distinguer deux conditions assez différentes de prime abord. *A*. Tantôt ces phénomènes cholériformes se montrent dans le cours d'une dysenterie aiguë très active, si je puis m'exprimer ainsi, c'est quelque chose qu'on peut comparer à l'accès pernicieux dans le cours de la fièvre intermittente; c'est un raptus passager qui peut emporter le sujet par sa violence et sa soudaineté, mais qui, au contraire, s'il est pris à temps, passe sans laisser de traces le plus souvent. *B*. Tantôt, au con-

traire, ces phénomènes cholériformes surviennent dans la dysenterie ou la diarrhée chronique chez les individus très affaiblis, et constituent le phénomène ultime qui emporte le sujet en brisant par sa violence ou sa rapidité le peu de résistance vitale qui lui restait.

En y réfléchissant un peu, nous voyons que, quoique très différents au premier coup d'œil, ces deux cas sont très semblables au fond : c'est un raptus, un véritable accident qui est survenu dans le cours de la dysenterie, et il serait plus exact de les considérer comme une complication de la maladie que comme une forme proprement dite.

3° *Cas. Un véritable accès pernicieux cholériforme paludéen survient au cours d'une dysenterie.*

Dans les pays paludéens on voit parfois un accès pernicieux cholériforme d'origine malarienne survenir dans le cours d'une dysenterie; la chose se comprend si bien d'ailleurs qu'on l'admet sans hésitation. Mais là n'est pas la difficulté ; cette difficulté est dans l'appréciation de la nature réelle des accidents cholériformes au lit du malade; car, de même qu'on les voit survenir chez des individus impaludés, de même dans les pays où l'influence malarienne n'existe pas, et chez des sujets parfaitement indemnes de ce côté, on voit parfois survenir ces accidents, et cela d'une manière tellement semblable qu'il est absolument impossible d'établir un diagnostic différentiel.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne savons absolument pas comment on peut distinguer d'une manière absolue le cas d'un accès pernicieux cholériforme de celui où ces accidents cholériformes sont idiopathiques, qu'on me

passe le mot; aussi notre rôle se borne à indiquer la possibilité de ces diverses conditions sans pouvoir aller plus avant au cœur de la question.

C'est très fâcheux assurément d'une manière absolue, car la quinine, souveraine contre le paludisme, est un médicament assez actif et assez puissant pour qu'il ne soit pas sage de la donner intempestivement; mais cependant, en y réfléchissant un peu, on voit que l'obscurité du diagnostic, toute fâcheuse qu'elle soit, ne doit que bien rarement avoir des conséquences dangereuses pour le sujet quand le médecin est attentionné. En effet, quel que soit le cas, quelles que soient les conditions, lorsque le malade présente dés accidents cholériformes, la première et la plus pressante indication est de faire activement et sans retard la médication des symptômes ; or, dans le premier moment, la quinine ne peut faire grand'chose, de même que son absence ne peut être bien préjudiciable, car, on le sait, cette quinine n'agit pas tellement vite, surtout dans un organisme où l'absorption se fait aussi lentement que chez le cholérique, pour qu'on puisse compter beaucoup sur elle seule pour faire cesser les accidents actuels.

C'est donc aux excitants *intus* et *extra*, aux moyens ordinaires de traitement des phénomènes cholériformes qu'on s'adresse alors, et je dois dire que ce sont les plus efficaces; s'ils ne réussissent pas, il ne faut pas avoir de regret, la quinine n'aurait pas pu faire mieux.

Une fois ces premiers soins donnés, le médecin doit chercher à faire son diagnostic d'une manière plus précise, et les commémoratifs, mille questions secondaires peuvent assez bien le mettre sur la voie touchant l'opportunité de l'administration de la quinine, et je dois ajouter que le peu de temps perdu n'est guère préjudiciable au malade

dans ce cas, d'autant qu'avec les injections hypodermiques on peut produire l'effet thérapeutique assez rapidement.

Il vaut mieux agir ainsi, à mon avis, que de commencer par bourrer le sujet de quinine avant d'être bien certain qu'il est réellement impaludé, car on s'exposerait par cette administration intempestive à ne produire aucune amélioration, tandis, au contraire, qu'on pourrait faire courir de mauvaises chances au sujet.

FORME RHUMATOIDE

Nous avons dit précédemment que Cœlius Aurelianus (*De Morb. chron.* lib. IV, cap. IV) avait appelé la dysenterie : « Rhumatismus intestinorum cum ulcere, » et c'est peut-être à lui qu'on pourrait rapporter l'idée ou au moins le germe de l'idée d'une forme rhumatismale de la dysenterie; mais les preuves manquent pour soutenir cette opinion qui n'intéresserait aujourd'hui que l'histoire de la médecine. Aussi ne remonterons-nous ni à lui, ni même à Alexandre de Tralles, qui a dit que la dysenterie tient du rhumatisme et du catarrhe pour les origines de la forme de dysenterie dont nous avons à nous occuper actuellement.

Sydenham, dans l'épidémie de 1672, observa des douleurs qui se rapprochaient de celles du rhumatisme et en fut frappé, mais cependant il ne dégagea pas l'inconnue d'une manière bien déterminée : il en fut de même de Strack, qui, dans sa relation de l'épidémie de dysenterie qui régna en Allemagne de 1757 à 1759, a formellement signalé que la suppression imprudente du flux dysentérique produit différents phénomènes comme la tympanite, les abcès, les furoncles, l'œdème des pieds, des douleurs arthritiques, mais n'en a tiré que des déductions touchant le pronostic.

Zimmermann, dans sa relation de l'épidémie de 1765 en Suisse, a parlé de son côté des douleurs arthritiques des membres et de la *goutte* que l'on observe parfois chez les dysentériques; mais au lieu de les rapporter à la maladie au titre d'une forme, d'une variété ou d'une complication, il ne les considéra que comme le résultat d'une thérapeutique défectueuse, ce qui devait l'empêcher d'apprécier la question sous son véritable jour.

Lepecq de la Cloture, en France, observa aussi très positivement les douleurs de la dysenterie dans l'épidémie de 1765 à Caen et dans celle des Forges en 1767, et il commença à les considérer comme des métastases ou une terminaison chronique de la dysenterie.

Mais c'est à Stoll (*Encyclop. de Bayle*, p. 270) qu'il faut arriver pour voir l'idée bien dégagée de ses obscurités ; il fit un paragraphe intitulé : Essai d'une nouvelle division de la maladie dysentérique d'après son affinité avec les divers rhumatismes, et il dit : Je pose en principe que la dysenterie qui a eu lieu ces années-ci fut un rhumatisme de l'intestin engendré par la même cause qui a coutume de produire les rhumatismes sur la fin de l'été et dans l'automne; en effet : 1° on a vu la dysenterie survenant du rhumatisme des membres disparaître subitement ; 2° quelquefois un même individu était attaqué en même temps d'un rhumatisme et de la dysenterie; 3° la dysenterie cessait tout à coup aussi du moment que les poignets ou les genoux s'enflaient et devenaient douloureux... ; 4° le même traitement convenait aux deux maladies.

Les idées de Stoll ne furent pas partagées par ses contemporains; mais cependant il faut reconnaître, quand on étudie la dysenterie dans son ensemble, qu'une forme spéciale de ses atteintes mérite bien au moins le nom de

rhumatoïde ou rhumatismale, et que l'illustre médecin de Vienne a fait avancer nos connaissances d'un pas pour ce qui touche l'histoire de la maladie.

Thomas, de Tours, considérait, en 1835, les phlegmasies articulaires comme une complication ou peut-être mieux une métastase fréquente autant que grave de la dysenterie, et il rapportait des observations à l'appui de son opinion, fournissant ainsi des faits détaillés pour l'élucidation de ce point de la nosologie. Cambay, de son côté (*De la dysenterie et des maladies de foie qui la compliquent*, 1847), parla de la possibilité de l'apparition d'un rhumatisme au même titre que la fièvre intermittente, la pleurésie, la sciatique dans le cours de la dysenterie, et le considérait comme un phénomène critique de la maladie. Trousseau ne pouvait, à son tour, qu'être frappé par les faits qui se déroulaient sous ses yeux ; aussi reprit-il dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu l'idée de la dysenterie rhumatismale de Stoll, qu'il dégagea des idées théoriques du médecin de Vienne, et qu'il fit adopter dans la science contemporaine, peut-on dire, en spécifiant ses principales particularités. Trousseau décrit la forme qui nous occupe de la manière suivante : « Les douleurs abdominales ne sont jamais plus prononcées que dans la forme rhumatismale ; chaque fois que le malade va à la selle, les souffrances qu'il éprouve se peignent sur sa physionomie, qui exprime l'anxiété la plus pénible, le ténesme se produisant au plus haut degré.

« Mais ce qui caractérise principalement cette forme de la dysenterie, ce sont les métastases qui se produisent en quelques circonstances du côté des articulations, métastases qui ont été parfaitement signalées par Stoll. Quelquefois les accidents se localisent dans un seul point, et il m'a

semblé que les genoux en étaient le plus le souvent lieu d'élection. La fluxion rhumatismale articulaire, d'ordinaire assez passagère ou du moins peu profonde, est en quelques cas persistante et portée à un tel degré qu'on a vu l'épanchement synovial devenir assez considérable pour occasionner une rupture de la capsule. Le plus souvent les accidents rhumatismaux sont erratiques, attaquant tantôt une partie, tantôt une autre. La poitrine peut se prendre au moment où la dysenterie commence à se calmer; les malades accusent des douleurs pleurétiques ou simplement pleurodyniques ; d'autres ont de l'oppression et de la toux et tous les signes d'un catarrhe ; ordinairement ces affections catarrhales ou rhumatismales cèdent d'elles-mêmes en très peu de jours. »

De son côté, Delioux de Savignac (*Traité de la dysenterie*, p. 65) s'est occupé de cette forme rhumatoïde de la dysenterie d'une manière attentionnée; il distingue deux cas : *A*. Celui où les douleurs sont plus ou moins vives mais passagères, erratiques sans fluxion considérable, siégeant aux lombes dans les parois abdominales sur le trajet des nerfs sciatiques : *B*. Celui où les douleurs articulaires et le gonflement sont plus accusés, et même les cas où comme dit Trousseau, l'épanchement synonial a pu rompre la capsule articulaire.

Le Dr Huette, dans un remarquable travail inséré dans les *Archives de médecine* de 1859, formula sur la question que nous étudions les conclusions suivantes : 1° Il existe une variété d'arthrite reconnaissant comme cause unique et nécessaire la phlegmasie épidémique des membranes muqueuses du côlon et du rectum; 2° cette manifestation rhumatismale ne se montre pas dans toutes les épidémies de dysenterie; elle est subordonnée à l'influence d'une

constitution médicale particulière : un état diathésique individuel peut en favoriser le développement ; 3° l'arthrite dysentérique essentiellement apyrétique s'éloigne par ses causes, sa marche, sa physionomie générale et ses conséquences du rhumatisme articulaire simple. Elle présente une grande analogie avec le rhumatisme blennorrhagique ; 4° l'arthrite dysentérique, presque toujours polyarticulaire, a une durée variable entre plusieurs semaines et plusieurs mois. Elle se termine par résolution dans la grande majorité des cas ; elle peut dans certaines circonstances rares se terminer par suppuration et ankylose ; 5° la métastase ne résume pas la loi qui régit l'apparition de l'arthrite ainsi que l'ont prétendu les anciens ; il est plus rationnel de l'expliquer par une affinité morbide qui, les muqueuses étant malades, détermine des effets pathologiques réflexes sur les autres tissus de l'économie.

Enfin, M. Quinquand a publié, en 1874, un excellent travail sur ces manifestations rhumatoïdes de la dysenterie et l'a basé sur quatre observations détaillées prises avec grand soin. Je signale spécialement ce travail, qui discute et résume tous les autres.

J'ai observé à la Martinique, chez un jeune officier de vaisseau, une atteinte de cette dysenterie rhumatismale dont je vais tracer sommairement les principales particularités, pour donner une idée des allures de la maladie.

Cet officier, âgé de 31 ans, de complexion solide, ayant fait de longues campagnes dans les pays chauds sans y être malade sérieusement, se trouvait aux Antilles depuis sept mois lorsque, revenant d'une longue promenade à terre, il eut l'idée de se laver à grande eau dans sa chambre, en s'exposant à un courant d'air assez frais. Dans la nuit, il fut pris de diarrhée bilieuse qui dura deux jours, et

bientôt les phénomènes de rectite furent assez intenses pour nécessiter son envoi à l'hôpital.

Je le purgeai légèrement le jour de son entrée, parce que le médecin du bord avait eu recours aux purgatifs répétés à bord et, je m'adressai surtout à l'affection locale par les lavements au nitrate d'argent, ou tanninés.

Six jours de ce traitement n'avaient produit qu'une amélioration légère, lorsque le sujet est pris sans raison appréciable de conjonctivite très aiguë ; il me dit avoir eu à deux reprises déjà, dans l'Inde, une pareille inflammation de la conjonctive. Mais je ne crus guère à une récidive, car en même temps que l'œil se prenait la rectite cessait comme par enchantement. J'employai le sulfate de zinc sans succès, j'eus recours au collyre au nitrate d'argent à un gramme pour trente. Le troisième jour l'autre œil se prit, et je crus nécessaire de donner un purgatif pour aider l'action topique des collyres. La dysenterie reparut sous forme de selles séreuses fréquentes pendant deux jours, et les yeux cessèrent d'être malades presque aussi rapidement que la rectite avait guéri précédemment. Mais voilà que trois jours après, au moment où je crus nécessaire de modérer le flux de ventre par le bismuth et l'opium le, malade accuse une douleur au gros orteil du pied droit, où je constate de la rougeur et du gonflement. C'était le début d'une véritable atteinte de rhumatisme devant laquelle la dysenterie et la conjonctivite avaient cédé si rapidement que je ne pouvais me refuser à y voir une véritable relation étroite. Quelques jours après les douleurs passèrent dans le genou droit, et malgré la quinine, la digitale, ces douleurs furent bientôt violentes, avec fièvre et même quelques phénomènes du côté du cœur qui ne manquèrent pas de me préoccuper.

A ce moment, il eut de la fièvre et une éruption rubéolique que nous pûmes rattacher à une épidémie de dengue qui régnait dans l'hôpital ; mais elle n'influa en rien sur la marche de la maladie, qui affecta tour à tour les mains, les épaules, et dura encore trois semaines avec des alternatives d'augmentation et d'abaissement. Nous crûmes pendant ce temps-là un moment que la dysenterie allait se reproduire sous forme métastatique de rhumatisme ; mais il n'en fut rien, et après la réapparition de quelques accès de fièvre paludéenne ancienne le sujet entra en convalescence; il était si affaibli qu'il fallut le renvoyer en convalescence en France.

Dans le cours de ma pratique coloniale et pendant que j'étais à l'hôpital Saint-Mandrier, où il y a tant de dysentériques de toutes les catégories, j'ai vu quelques rares fois, soit dans le cours d'une atteinte aiguë, soit surtout pendant l'évolution de la forme chronique qu'on appelle volontiers la diarrhée de Cochinchine, une attaque plus ou moins sévère de rhumatisme survenir et retentir de telle sorte sur la maladie primitive qu'il était impossible de refuser une relation étroite entre le rhumatisme et la dysenterie.

Pour essayer de fixer les idées dans la limite de ce qui est possible avec les renseignements que nous avons actuellement, traçons en résumé les principaux phénomènes qu'on observe dans la forme rhumatoïde de la dysenterie. Or nous dirons qu'elle commence par les phénomènes de la dysenterie ordinaire, et c'est après une période de plusieurs jours, cinq à vingt, sans qu'on puisse attacher à ces chiffres une importance bien grande, que les symptômes du rhumatisme se montrent d'une manière variable. Le plus souvent il y a tout d'abord une apparition ou une

recrudescence d'un appareil fébrile léger, malaise, douleurs générales, lombaires, dans les membres, etc., etc.; la température s'élève jusqu'au-dessus de 38° et va même au-dessus de 39° dans certains cas, en même temps on voit des phénomènes d'anorexie, de soif, de céphalalgie, bref, on dirait que le sujet est dans la période prodromique d'une fièvre éruptive.

Après un ou deux jours de cet état, l'engorgement articulaire douloureux se manifeste d'une manière accentuée, et tantôt une seule, tantôt plusieurs articulations se prennent, soit à la fois, soit successivement; enfin, dans quelques cas, une grosse articulation se prend à l'exclusion des autres dès le début ou à la fin et la phlegmasie rhumatismale s'y localise avec persistance.

Quelques fois les phénomènes articulaires se terminent par résolution d'une manière plus ou moins rapide, tantôt les douleurs cessent complètement, tantôt, au contraire, elles persistent en s'atténuant pendant assez longtemps, de telle sorte qu'on pourrait presque y voir un passage à l'état chronique.

Le plus souvent les phénomènes articulaires restent assez bénins, mais n'oublions pas cependant que dans quelques circonstances ils ont pu revêtir une gravité plus ou moins grande, Zimmermann et Lepecq de la Clôture, considérent la forme qui nous occupe comme grave, comme pouvant même entraîner la mort.

Enfin, terminons en disant que, le traitement de la forme qui nous occupe vise plus les phénomènes rhumatismaux que ceux de l'intestin, c'est par des cataplasmes, des embrocations huileuses, les calmants internes, qu'il est utile d'intervenir localement au début et sans que nous ayons besoin d insister en détail, on comprend que suivant

la tournure que prennent les phénomènes, leurs allures d'acuité ou de chronicité il y a diverses indications thérapeutiques qui en découlent. Mais que faut-il faire du côté de l'intestin pendant ce temps, me demandera-t-on ? j'avoue que pour ma part je suis porté a priori, à rejeter, out moyen violent tenaant, par exemple, à faire reparaître l'irritation intestinale avec énergie au cas où les phénomènes intestinaux auraient cessé brusquement lors du développement de la douleur. Ces médications brutales ne me plaisent pas en général, et en présence du cas qui nous occupe, je suis d'avis d'agir de la manière suivante : les selles continuent-elles à être sanglantes, bilieuses, etc., etc., le sulfate de soude ou l'ipéca tout naturellement indiqués de manière à les modifier; au contraire, les selles se sont-elles arrêtées, les lavements émolients bi-quotidiens, les légers laxatifs, à la manne par exemple, entretiennent le ventre libre et la propreté de l'intestin, qu'on me passe le mot, en attendant que de nouvelles indications thérapeutiques surgissent.

Quelle est la place nosographique de ces phénomènes rhumatismaux qu'on observe dans la dysenterie? Telle est la question qu'on se pose naturellement. Or, nous répondrons que malgré les recherches faites jusqu'ici il règne encore une grande obscurité sur ce point et il est encore impossible aujourd'hui d'envisager la question dans un ensemble satisfaisant, car les divers travaux que nous possédons là-dessus présentent plus de points de divergence que de faits concordants. Il faut de toute nécessité ou bien admettre plusieurs variétés, ou bien faire de nombreuses éliminations dans les observations fournies par les divers auteurs. Pour ma part je crois que : 1° on a voulu rattacher à la forme rhumatoïde certains cas où

les coliques étaient assez vives pour appeler l'attention d'une manière spéciale, ce symptôme paraissant hors de proportion avec l'intensité de l'atteinte, et on a ainsi une première variété, bien spécifiée pour quelques auteurs, contestable pour d'autres; 2° dans d'autres circonstances on a vu la dysenterie évoluer ou bien alterner avec un rhumatisme et on en a fait une seconde variété distincte de la première.

Ces cas complexes où le rhumatisme et la dysenterie ont paru avoir une étroite parenté ont pu être appréciés d'une manière très différente par les divers observateurs. Les uns, en effet, ont pu y voir une métastase de la dysenterie ou du rhumatisme et vice versa; les autres ont cru à une complication; une troisième catégorie a voulu que ce fut une forme spéciale de la dysenterie.

Dans son excellent travail sur les manifestations rhumatoïdes de la dysenterie (*Gaz. des Hôpit.*, 1874), M. Quinquand cherche à déterminer quel est le rang qu'ils doivent occuper dans le cadre nosographique et il fait les raisonnements suivants : 1° il ressort des observations ce fait bien évident de la coexistence de phénomènes rhumatoïdes avec la dysenterie, soit dans la période d'état, soit à celle de déclin du flux de ventre; 2° cette dysenterie est-elle une cause prédisposante ou est-elle purement concordante avec le rhumatisme; dans le premier cas jouerait-elle un rôle équivalent au froid, par exemple, pour la production du rhumatisme, ou bien engendre-t-elle des lésions du côté des jointures ? Il ne saurait y avoir doute pour la question de relation de cause à effet. Quant à la question de prédisposition il faut l'écarter aussi pour cette raison, que les phénomènes athritiques ont des caractères communs qui portent trop clairement l'empreinte de leur cause pour

n'être pas considérés comme liés à une lésion dysentérique propre des jointures, — lésion, analogue à celle qu'on voit surgir dans la blennorrhagie par exemple, — dans l'infection purulente; 3° comment doit-on considérer ces douleurs dans la dysenterie; est-ce une complication ou une manifestation spéciale constituant une forme de la maladie? Or, M. Quinquand, se basant sur une argumentation parfaitement logique de M. le professeur Lorain (*Union Méd.*, 17 janvier 1867) se range du côté de l'idée de la forme morbide; 4° ces douleurs rhumatoïdes qui nous occupent sont-elles seulement du rhumatisme? il croit le contraire. *A.* Parce que le rhumatisme ordinaire détermine souvent des lésions cardiaques ou pleurales ce qui ne se voit pas dans le cas actuel. *B.* Que dans le rhumatisme il y a une teinte anémique particulière; la peau est d'un blanc mat, les sueurs sont abondantes, tous caractères qu'on ne retrouve pas ici. *C.* Les rhumatismes articulaires proprement dits n'offrent pas cette fixité avec hydrarthrose sur une seule articulation qui se voit ici et dans ce qu'on a appellé le rhumatisme blennorrhagique. *D.* Parce qu'après une atteinte de rhumatisme les individus sont prédisposés à de nouvelles, tandis que c'est le contraire dans le cas actuel. *E.* Le rhumatisme reconnaît pour cause le refroidissement, et les douleurs dont nous parlons ont pu survenir dans des cas où ce refroidissement n'est pas invocable. Aussi M. Quinquand conclut de la manière suivante: — Il existe bien des arthropathies dysentériques. — Ces arthropathies doivent être considérées comme des manifestations morbides au point de vue nosologique. Il est parfaitement justifié de les considérer comme des manifestations rhumatoïdes de la dysenterie.

Dans le fait dont j'ai été témoin, on a pu voir que le

malade eut des accidents cardiaques qui me préoccupèrent de sorte qu'un des grands arguments de M. Quinquand est remis en question. Néanmoins, à cela près, je suis de son avis touchant la forme rhumatoïde de la dysenterie, mais je dirai prudemment que sans entrer dans des discussions prématurées jusqu'ici, à mon avis, et sans m'engager ainsi dans des théorisations peu utiles à la pratique je me borne à constater le fait de coïncidence du rhumatisme et de la dysenterie. Ajoutons que, dans ces cas, la conduite du médecin est commandée par les allures, la mobilité des diverses localisations de la maladie, car, quelque soit l'opinion qu'on se fasse sur la nature de la maladie, il n'en reste pas moins au point de vue pratique, ces indications thérapeutiques ordinaires et rationnelles que si des douleurs articulaires, musculaires ou névralgiques surviennent tout à coup dans le cours de la dysenterie on doit chercher par les hypnotiques locaux et généraux, par les révulsifs locaux, par les contro-stimulants internes à les faire disparaître en évitant naturellement d'irriter sans ménagement l'intestin malade encore lui-même en ce moment.

Si, au contraire, la dysenterie a paru cesser brusquement au moment de la production des douleurs rhumatismales et qu'il y ait eu d'une manière bien apparente ce qui poussait les anciens à prononcer le mot de métastase, le médecin hésitera entre la médication anti-rhumatismale ordinaire, c'est-à-dire celle qui n'agit pas sur le tube digestif, et la médication révulsive sur l'intestin, c'est-à-dire tendant à reproduire le flux intestinal dysentérique. Mais je ne saurais trop le répéter, j'avoue, a priori, que cette dernière manière de faire ne m'inspire qu'une confiance très limitée, et je ne sais pour ma part, si le plus souvent j'aurais le courage de m'y résoudre.

Ce qu'il faut surtout bien établir ici, c'est que de nouvelles recherches sont nécessaires pour fixer les idées sur ce point de l'histoire de la maladie, et il suffit pour le moment d'avoir signalé la forme rhumatoïde de la dysenterie sans avoir la prétention de la connaître dans tous ses détails.

FORME INTERMITTENTE

On a discuté beaucoup au sujet de cette forme de la dysenterie et tandis que les uns ont formellement soutenu qu'elle existait, d'autres l'ont niée avec insistance et conviction. De quel côté nous rangerons-nous dans ce débat? Or, pour bien faire comprendre toute ma pensée, je rappellerai d'abord ici qu'il faut bien fixer au préalable les idées sur la nature paludéenne ou non de la dysenterie. Ce n'est qu'une fois cette première discussion terminée que le terrain sera assez déblayé pour qu'on puisse poser des conclusions d'une manière précise.

Dans les premiers temps de notre occupation de l'Algérie nombre de médecins furent si frappés de voir les fièvres, la dysenterie et l'hépatite atteindre nos soldats périodiquement chaque année à des époques bien déterminées, qu'ils se demandèrent si ces trois maladies n'étaient pas trois manifestations différentes d'un même empoisonnement, le paludisme, ou le tellurisme, si on veut envisager la chose d'une manière plus générale; disons la malaria pour nous servir du terme qui tend à être employé de préférence.

Nombre d'entre eux, et Haspel fut un des plus chauds partisans de l'idée, admirent cette nature malarienne de la dysenterie, de sorte que, pendant plusieurs années cette opinion prévalût, mais peu à peu les faits vinrent en si grand nombre la contredire qu'il fallut l'abandonner et

la question est parfaitement jugée aujourd'hui. La fièvre paludéenne dépend de l'influence malariennne, la dysenterie et l'hépatite dépendent des oscillations de la température. La fièvre est d'origine miasmatique, la dysenterie est d'origine climatique. Voilà l'opinion qu'on ne discute plus.

Mais on ne saurait contester que dans les pays malariens on voit souvent la dysenterie présenter une intermittence indéniable, j'ai observé pour ma part à la côte occidentale d'Afrique un si grand nombre de cas de cette dysenterie intermittente ou rémittente à tous les degrés, depuis le simple cas léger jusqu'à l'accès pernicieux dysentérique, que je ne saurais avoir le moindre doute. J'affirme donc très formellement l'existence de cette forme paludéenne de la dysenterie.

A la rigueur le mot forme paludéenne est impropre, j'en conviens, c'est complication paludéenne qu'il faudrait dire car dans ces cas, je crois bien positivement que les deux maladies de nature différente évoluent parallèlement, réagissent l'une sur l'autre, s'additionnent et même se compliquent ; mais enfin que nous adoptions l'une ou l'autre expression le fait n'en est pas moins bien positif, la dysenterie intermittente ou rémittente existe bien réellement.

Tous les degrés peuvent s'observer dans le cas qui nous nous occupe, tantôt c'est une dysenterie légère, avec de légers paroxysmes ; tantôt une dysenterie forte, grave, avec de légers paroxysmes ; d'autres fois, c'est une dysenterie légère, avec de forts paroxysmes, en un mot, toutes les combinaisons sont possibles et je crois les avoir vues toutes un grand nombre de fois.

Au moment du paroxysme on voit tous les phénomènes propres à la dysenterie s'accentuer et s'exaspérer ; il y

a un mélange des deux séries de phénomènes qui peut aller jusqu'à une aggravation extrême, et même la mort qui survient par le fait de l'accès pernicieux ayant dans ce cas la forme choleroïde algide ou comateuse.

La chose n'a pas besoin, je crois, d'être présentée plus en détail, les symptômes tombent bien sous le sens pour celui qui veut réfléchir un instant et on me permettra de ne pas faire ici la description de tous les cas, car j'aurais à passer en revue tous les phénomènes de la fièvre et tous ceux de la dysenterie si je voulais fournir une énumération complète.

Pendant une campagne que j'ai faite à la côte occidentale d'Afrique, nous eûmes à la suite de l'expédition du Grand-Bassam et du combat d'Eboué une véritable épidémie de cette forme de dysenterie. Nous venions de passer un mois dans la lagune du Grand-Bassam et dans l'Ebrié qui sont aux nombre des pays les plus paludéens du monde, et l'hivernage cessant au moment où nous rembarquions sur nos navires, les refroidissements étaient nombreux et fréquents. Mon médecin-major, le Dr Beaujean, qui avait une grande habitude des maladies de la Sénégambie obtint des résultats si remarquables d'un traitement mixte que j'en fus extrêmement frappé et que j'en ai toujours conservé le souvenir. Le malade arrivait à la visite avec les phénomènes de la dysenterie plus ou moins accusée souvent très grave, Beaujean lui faisait prendre par cuillerées à café d'heure en heure un à deux grammes de poudre d'ipéca dans cent grammes d'eau froide dans le cours de la première journée. Si le soir, il restait un peu de poudre au fond de la fiole, malgré la précaution qu'on avait eu d'agiter le liquide à chaque prise, j'ajoutais de l'eau de manière à ce que toute la poudre fut bien absor-

bée ; si les accidents dysentériques ne s'étaient pas amendés à la nuit tombante, une seconde potion à l'ipéca était prescrite. Généralement le lendemain matin les selles étaient un peu modifiées et M. Beaujean prescrivait un gramme ou un gramme cinquante, parfois deux grammes, de quinine à prendre par dose de cinquante centigrammes de demi en demi heure et dès que cette quinine était prise il revenait à l'ipéca ou commençait le sulfate de soude. En un mot, après avoir déblayé la scène par l'ipéca, on consacrait le temps de huit heures du matin à midi au fébrifuge et celui de midi au lendemain matin au traitement de la dysenterie. J'ai dit que les succès furent remarquables, j'ajouterai que depuis j'ai eu l'occasion d'agir ainsi pour mon compte une infinité de fois et cela m'a si bien réussi que je n'ai plus changé de pratique pour les cas de ce genre.

FLUX DE VENTRE INFANTILES

Les enfants sont sujets à des flux de ventre dans assez de circonstances pour que les auteurs aient cru devoir s'en occuper d'une manière spéciale. Nous ne ferons, dans le moment présent, qu'effleurer la question qui se trouve plus compendieusement traitée dans les traités spéciaux des maladies des enfants. Mais néanmoins nous ferons remarquer qu'on peut se baser sur ces flux de ventres infantiles pour étudier la pathogénie de la dysenterie et de la diarrhée, car ils présententent des particularités capables de mettre le nosologiste sur la voie de bien des détails pouvant servir de guide d'une manière générale pour une saine appréciation de la nature de la maladie.

D'abord, tout à fait au premier âge, disons que la nourrice sait bien vite constater que la santé de l'enfant est en rapport étroit avec la nature de ses selles et que dès

que les excrétions deviennent verdâtres, le nourrisson a des coliques et se trouve dans un état de souffrance qui se traduit par l'état stationnaire de son poids d'abord, et bientôt par d'autres indices d'un état maladif.

Or, il y a dans ce premier fait la preuve que la *biliosité* est la cause puissante, sinon la seule, de ces flux de ventre d'une manière générale; et de même que la nourrice sait de bonne heure que les purgations légères sont le meilleur moyen de faire diminuer et cesser cette biliosité, de même nous savons dans la thérapeuthique des adultes que toutes choses égales d'ailleurs, ces purgations sont la médication la plus importante et la plus efficace de la dysenterie proprement dite.

Plus tard, lorsque les premiers essais d'alimentation solides sont tentés ou bien lorsque les dents commencent à sortir des gencives, on voit des enfants présenter des flux de ventre qui vont de la simple diarrhée passagère à la dysenterie d'un côté, ou à la diarrhée cholériforme de l'autre. Les noms de choléra infantile et de lienterie du sevrage sont présents à l'esprit de tous les médecins qui s'occupent des enfants.

Je n'ai pas besoin de décrire avec grands détails les divers symptômes qu'on observe suivant les cas; les noms seuls que je viens de prononcer impliquent telle ou telle collection de phénomènes que le lecteur connaît aussi bien que moi. Ce que je dois me borner à dire c'est que nous voyons dans ces flux de ventre le résultat d'une irritation sécrétoire du foie par l'alimentation grossière. Soit que l'enfant ait ingurgité prématurément des aliments trop difficiles à digérer pour son tube digestif; soit que, par l'absence de mastication, la diminution de la sécrétion salivaire et, plus exactement de l'insalivation de ces aliments pendant

l'éruption des dents, ces aliments ont été plus réfractaires que de coutume aux faibles efforts de l'action digestive de ce tube intestinal encore si facilement impuissant.

Quant aux phénomènes cholériformes nous les comprenons aussi parfaitement; c'est un raptus survenant dans un organisme fragile et dont nous trouvons des exemples parfaitement comparables aux deux extrêmes de la vie. De sorte que tout en constatant leur gravité, nous n'avons pas lieu d'être étonné de leur apparition et de leur différentes particularités.

Enfin, sous le rapport du traitement les flux de ventre infantiles ne sortent pas de la loi commune; et en effet, les accidents cholériformes réclament les mêmes soins quel que soit l'âge auquel ils se montrent et la maladie qui leur a servi d'excuse, qu'on me passe le mot. Pour être plus graves au début et à la fin de la vie qu'au milieu de l'existence par le fait du peu de résistance biologique de l'individu, ils ne réclament pas des moyens de traitement différents en principe, seules les questions de dose et d'opportunité de telle ou telle substance médicamenteuse viennent s'imposer passagèrement et réclamer telle ou telle modification de détail comparativement à ce qui se ferait chez l'adulte.

Le phénomène lienterie que nous comprenons très bien par le fait d'une grossièreté relative des aliments réclame des modifications dans le régime pour qu'il soit plus approprié à la capacité digestive du sujet, et enfin la *biliosité* des déjections montre qu'ici, comme toujours, la purgation est appelée à jouer un grand rôle, toutes choses égales d'ailleurs.

Certes, loin de moi la pensée de dire cependant que parce que nous comprenons très bien la signification et la

nature des divers phénomènes des flux de ventre infantiles, ces flux constituent une atteinte soit légère, soit facile à guérir. Hélas! non, la maladie quelle qu'elle soit est doublement dangereuse chez l'enfant comme chez le vieillard, car, tant de conditions spéciales viennent à chaque instant compromettre le succès de la thérapeutique ou compliquer les phénomènes morbides à ces âges extrêmes, que le problème de la guérison est soumis à plus d'*aléas* que pendant l'âge adulte. Mais, toute gravité éventuelle mise de côté, il n'en reste pas moins acquis que la pathogénie de l'affection et le mécanisme des phénomènes morbides quels qu'ils soient, de même que les indications thérapeutiques ne présentent dans les cas qui nous occupent ici rien de différent de ce qui s'applique aux autres flux de ventre.

FLUX DE VENTRE DES PHTHISIQUES ET SEPTICÉMIQUES

Avons-nous besoin d'entrer dans de longs développements au sujet de ces flux de ventre? Non, car si nous disons, d'une part, qu'ils sont de nature diarrhéique le plus souvent c'est-à-dire n'entraînant pas d'ulcérations intestinales comme la dysenterie aiguë proprement dite; d'autre part, qu'ils, sont bien évidemment le résultat d'une irritation sécrétoire du foie. Nous avons signalé les grands points de la symptomalogie et de leur pathogénie. D'ailleurs dans ces cas de phthisie ou de septicémie on comprend que le flux de ventre est le petit détail à côté de la gravité de la maladie générale, de sorte que si, dans certains moments, la thérapeutique doit s'occuper de le modérer ou de le combattre plus activement, il n'en est pas moins vrai qu'il reste au second plan dans les indications générales de la maladie, à moins que, par une aggravation ou une acuité pas

sagère, il ne produise momentanément un raptus choléroïde ou autre, menaçant à courte échéance la vie du sujet. Il est inutile d'ajouter que dans ce cas la thérapeutique ne diffère en rien de celle des autres flux de ventre qu'on pourrait appeler idiopathiques vis-à-vis d'eux, et que par conséquent, nous pouvons attendre de nous occuper du traitement général de la maladie pour dire comment il faut agir contre eux.

DYSENTERIE SÈCHE, COLIQUE BILIEUSE

A diverses époques les auteurs qui ont écrit sur la dysenterie ont parlé des phénomènes morbides spéciaux que nous devons étudier ici, car ils soulèvent des questions intéressantes de diagnostic différentiel ou absolu, je veux parler des dysenteries sèches, coliques bilieuses, dysenteries imparfaites dont la place nosologique n'est pas encore déterminée d'une manière satisfaisante.

Un des premiers qui ait indiqué ces dysenteries sèches ou coliques analogues à la dysenterie est Sydenham, qui, en parlant de la constitution de l'année 1669 dit (*Méd. prat.*, sec. IV, chap. 1er, édition de l'*Encyclop. méd. de Bayle*, p. 101) :

§ 298. — « Au commencement du mois d'août 1669, il parut un *choléra morbus* et des *tranchées de ventre* horribles sans aucunes déjections et même une *dysenterie*... Les tranchées sans déjections durèrent jusqu'à la fin de l'automne, accompagnèrent les dysenteries et furent encore plus communes. Mais, à l'entrée de l'hiver, elles disparurent entièrement et il n'y en eut plus les années suivantes que dura cette constitution pendant laquelle les dysenteries ne laissèrent pas néanmoins d'être fort épidémiques. Ce qui venait à mon avis de ce que cette constitution n'était pas

encore assez favorable à la dysenterie pour produire tous les symptômes de cette maladie dans chacun de ceux qui en étaient attaqués. En effet, l'automne d'ensuite les tranchées ayant recommencé, la dysenterie se fit sentir avec tous les symptômes pathognomoniques.

« Parmi les tranchées sans déjections et la dysenterie épidémique il survint une nouvelle sorte de fièvre qui accompagnait ces deux maladies et qui attaquait non seulement ceux qui les avaient déjà, mais aussi ceux qui ne les avaient pas encore eues jusqu'alors et qui seulement avaient ressenti quelquefois et encore rarement des tranchées très légères, le ventre étant tantôt lâche et tantôt resserré. Comme cette fièvre ressemblait à celle qui accompagnait souvent les deux maladies dont nous venons de parler il faut la distinguer des autres fièvres sous le nom de *fièvre dysentérique.* »

Plus loin, p. 105, chapitre III, Sydenham ajoute :

§ 314. — « Les tranchées sans déjections commencèrent les premiers jours du mois d'août 1669, ainsi que nous l'avons dit plus haut, et à la fin de l'automne suivant elles égalèrent pour ne pas dire surpassèrent le nombre des dysenteries qui avaient commencé avec elles. Tantôt elles étaient avec fièvre, tantôt sans fièvre. Elles ressemblaient entièrement aux tranchées de la dysenterie qui régnait alors, car elles étaient très cruelles et se faisaient sentir par intervalles, mais elles n'étaient suivies d'aucunes déjections ni stercoreuses ni muqueuses. Elles marchèrent d'un pas égal avec les dysenteries pendant tout cet automne. Mais comme nous l'avons déjà dit il n'y en eut plus les années suivantes de cette constitution au lieu que la dysenterie subsista. Comme ces tranchées de ventre sans déjections ne différaient pas beaucoup de la dysenterie et que d'ail-

leurs on les guérissait très promptement par une méthode qui était à peu près la même, je passe tout de suite à la dysenterie. »

Colique bilieuse. § 1127. — « C'est une très cruelle douleur des intestins, qui serre le ventre comme une bande ou qui étant fixée dans un point semble percer le ventre : elle se ralentit de temps en temps et revient ensuite de plus belle. Dans le commencement, elle n'est pas si fixe dans un point ; le vomissement n'est pas si fréquent et le ventre n'est pas si obstinément rebelle aux purgatifs, mais plus elle augmente, plus elle se fixe, le vomissement devient plus fréquent, le ventre plus resserré et la colique dégénère ainsi enfin en passion iliaque » (Sydenham entendait par passion iliaque ce que nous appelons aujourd'hui le Volvulus ou étranglement intestinal).

§ 1128. — « On la distingue ainsi de la néphrétique : 1° la douleur néphrétique est fixée dans le rein et elle s'étend du rein au testicule selon la longueur de l'uretère, au lieu que la douleur de la colique est vague et entoure le ventre comme une ceinture ; 2° la colique augmente après le repas, et la néphrétique diminue plutôt ; 3° dans la colique on est plus soulagé par les déjections et le vomissement que dans la néphrétique ; 4° dans la néphrétique l'urine est d'abord claire et tenue, ensuite elle dépose quelque sédiment, et enfin il sort du sable et du gravier : mais dans la colique les urines sont fort grossières dès le commencement. »

Colique de Poitou. § 1132. — C'est une espèce de colique qui dégénère ordinairement en paralysie et par laquelle le mouvement des pieds et des mains se trouve entièrement dépravé. Elle est très commune dans les îles Caraïbes où elle attaque un grand nombre de gens. Cette cruelle dou-

leur se guérit par le beaume du Pérou, donné fréquemment et à haute dose où on donnera deux ou trois fois par jour, vingt, trente ou quarante gouttes mêlées avec du sucre fin pulvérisé. Les douleurs cèdent à ce remède, mais la paralysie n'est pas guérie. »

Quand on lit avec attention Sydenham, on voit qu'il distinguait des variétés bien distinctes, à savoir : *A*. La dysenterie ordinaire. *B*. Les tranchées de ventre. *C*. La fièvre dysentérique. *D*. La colique bilieuse. *E*. La colique de Poitou. Or, il ressort aussi de son dire que les tranchées de ventre étaient bien positivement une variété de la dysenterie; que la fièvre dysentérique pourrait bien être une des nombreuses formes de la dothinentérie; enfin, que la colique bilieuse est distincte de la colique de Poitou qui, elle, n'est ni plus ni moins que la colique saturnine.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur le sujet après Sydenham, un certain nombre parmi lesquels nous devons distinguer dans le siècle dernier Stoll, Zimmermann, Huxham, ont conservé la notion de cette colique bilieuse spéciale et différente de l'empoisonnement saturnin, mais malheureusement la plupart des autres ont fait une confusion très fâcheuse à mon avis, et de là naquit cette question si obscure, si embrouillée, et non encore éclaircie de nos jours de la *colique sèche*.

Dans mon étude sur les maladies du Sénégal d'abord, puis dans celle des maladies de la Martinique, je me suis expliqué catégoriquement au sujet de cette colique sèche, et j'ai dit que, dans ma conviction intime, on a confondu sous ce nom des états très différents. *A*. Certaines entéralgies dépendant d'une cause climatérique. *B*. l'entéralgie provenant de l'intoxication plombique. De sorte qu'en définitive la question n'est pas videe aujourd'hui encore et

qu'on me paraît avoir été également dans l'erreur quand on a formulé que ces catégories observées depuis des siècles dans nombre de pays, et notamment dans les pays chauds, sont exclusivement de nature climatérique, ou bien quant avec Lefèvre, on a dit qu'elles étaient toujours l'indice d'une intoxication saturnine.

Je laisse donc de côté la colique saturnine que je ne saurais méconnaître; dont je ne puis nier l'extrême fréquence relative dans tous les pays et notamment dans les contrées chaudes; je suis volontiers convaincu que nombre de cas de ces coliques que l'on voit dans la pratique, ne sont qu'un indice d'empoisonnement saturnin. Je crois surtout que toutes les fois qu'on observe la paralysie des extenseurs, il faut admettre l'étiologie saturnine. Mais je le répète car c'est une conviction absolue dans mon esprit il y a nombre de cas de coliques dans lesquels le plomb n'a absolument rien à faire.

Cette colique saturnine étant éliminée il reste : *A*. Ce que Sydenham appelait les tranchées sans déjections. *B*. La colique bilieuse. La première est ce qu'on a appelé la dysenterie sèche et nous devons nous demander, si elle existe réellement. Or cette dysenterie sèche telle que nous pouvons la comprendre, d'après la description qu'en fait Sydenham, ne saurait être révoquée en doute ayant été constatée par un grand nombre d'auteurs, dans les pays les plus divers. Moi-même, j'ai vu maintes fois des états que j'ai cru devoir appeler de ce nom dans les moments où la dysenterie était intense et fréquente dans un milieu déterminé, et d'ailleurs, j'ajouterai que dans maintes épidémies de dysenterie observées en Europe dans le courant du siècle dernier et dans celui-ci, on a rencontré des cas de ces tranchées plus ou moins pénibles sans déjec-

tions, on peut facilement s'en rendre compte en parcourant les relations de ces épidémies.

Ces tranchées, assez fortes parfois pour être qualifiées d'horribles, sont très souvent le prélude de la dysenterie ordinaire dans les cas dont nous parlons; et quand elles ont cessé sans être suivies par elle on peut admettre que c'est à la médication qu'il faut rattacher cet heureux résultat. Or, dans ces conditions comment ne peut-on pas penser que ces douleurs vives étaient le résultat de la première impression topique de la bile sur la muqueuse intestinale? J'avoue que tout en signalant ce mécanisme je n'ose me lancer dans son interprétation ; le plus prudent, je crois, est de constater le fait sans chercher à l'expliquer.

Quoi qu'il en soit le traitement qui a paru rendre les meilleurs services dans ces cas de tranchées a été l'emploi des émollients. Les grands bains de sièges, les lavements émollients, tels sont les moyens qui avec de très légers minoratifs semblent avoir fait mieux que l'emploi soit des purgations vigoureuses, soit l'usage des opiacés à haute dose. C'est ce traitement que pour ma part j'ai employé et que je conseille en attendant qu'une étude plus approfondie sur ces coliques ait fixé les idées touchant leur pathogénie et leur mécanisme.

Quant à la colique bilieuse, on ne saurait la révoquer en doute non plus, elle a été signalée à divers moments et si elle a été confondue plus d'une fois, soit avec la dysenterie proprement dite, soit avec la colique saturnine il faut reconnaître que maintes fois aussi, elle a été parfaitement mise en lumière, je citerai entre autres, mon savant prédécesseur d'Ormay qui tout en reconnaissant que dans nombre de cas ce qu'on appelle la *colique sèche* est une intoxication plombique, admettait et décrivait la colique

bilieuse comme une entité morbide bien distincte et parfaitement caractérisée, ayant vu cent fois en Cochinchine les deux affections marcher parallèlement.

Voici les caractères que d'Ormay attribuait à la colique bilieuse : la maladie atteint de préférence des hommes arrivés depuis peu dans les colonies, c'est-à-dire n'ayant pas encore présenté des atteintes de dysenterie. Elle commence par des malaises avec embarras gastrique ou bilieux qui vont s'accentuant pendant deux, trois, quatre jours.

Au début il y a de l'anorexie, des nausées le matin au moment du lever, puis dans le milieu du jour sous l'influence du mouvement, l'état général semble être un peu meilleur, mais cependant le sujet est fatigué, triste et n'a pas de sommeil réparateur.

Lorsque la maladie se confirme, il arrive que les nausées matinales sont suivies de vomissements très pénibles ; ces vomissements d'abord un peu bilieux sont bientôt verdâtres et prennent l'aspect porracé. Les efforts qu'ils provoquent font naître des spasmes de l'estomac et bientôt une douleur épigastrique plus ou moins vive, parfois intolérable. Le sujet se roule sur son lit en se plaignant et en criant. En même temps il a des besoins incessants de venir à la selle et n'évacue que quelques matières jaunes, verdâtres, liquides, très peu abondantes au milieu d'efforts douloureux considérables.

La langue est rouge, souvent luisante, à l'extrémité, couverte à la base d'un abondant gaz on épithélial, la soif est vive et cependant la moindre ingestion de liquide provoque des vomissements.

Sous l'influence d'un traitement dans lequel les grands bains, les émollients intus et extra, les narcotiques et les antispasmodiques ont la plus grande place les douleurs diminuent peu à peu, la rémission s'accentue d'une ma-

nière favorable et peu de jours après le sujet est sur pied, conservant souvent une diarrhée bilieuse que le médecin entretient volontiers par quelques très légers purgatifs jusqu'à ce que la convalescence soit bien dessinée.

Après avoir paré aux premiers accidents et fait la médecine des symptômes, d'Ormay employait la quinine en lavement et l'aloès à dose purgative souvent répétée dans la colique bilieuse de Cochinchine. Mais remarquons qu'il était dans un pays éminemment paludéen, de sorte que le fébrifuge ne me paraît devoir entrer dans le traitement qu'à titre éventuel.

Je dois reconnaître que les indications que nous possédons jusqu'ici tant sur la dysenterie sèche que sur la colique bilieuse sont trop incomplètes encore pour permettre une description détaillée et convenable; il est à désirer que de nouvelles observations viennent nous fixer sur une infinité de leurs détails. Mais, dès à présent, je crois qu'il faut les admettre résolument dans le cadre de la dysenterie et sans accepter aveuglément la théorisation spécieuse que Delioux a faite touchant les affinités de la colique sèche et de la dysenterie on ne saurait méconnaître qu'il y a dans les faits que nous venons d'indiquer la matière à bien des acquisitions heureuses pour la nosologie.

CHAPITRE QUATRIÈME

COMPLICATIONS DE LA MALADIE

Je n'ai pas besoin de faire de nouveau ici la même réserve que précédemment; il est bien entendu que telle particularité qui est classée par un observateur parmi les complications peut être considérée par un autre comme devant se ranger au nombre des formes et vice versa. Ceci étant dit, entrons dans l'étude fort intéressante de ce que nous appelons les complications de la dysenterie. Ce point de l'histoire de la maladie est assez difficile à élucider pour que nous apportions dans son exposition tout l'ordre possible, aussi disons tout d'abord qu'on pourrait partager ces complications en trois catégories distinctes :

A. Complications survenant peu après l'invasion de la maladie, dépendant surtout de l'acuité de l'atteinte.

B. Complications pouvant survenir à toutes les époques de l'évolution de la dysenterie.

C. Complications qui sont au contraire l'apanage de la prolongation de l'état morbide.

Ajoutons un mot d'explication pour chacune de ces catégories.

A. *Complications survenant peu après l'invasion de la maladie*

Si j'ai bien fait comprendre ma pensée, ce sont celles qui se montrent d'une manière plus spéciale dans les atteintes revêtant un degré sévère peu après l'invasion, elles dépendent surtout d'un excès d'inflammation et sont de préférence l'apanage de la dysenterie aiguë et sur-aiguë. Ce sont : 1° Le phlegmon interstitiel de l'intestin ; 2° la péritonite et la perforation intestinale ; 3° l'invagination intestinale ; 4° l'hémorragie intestinale.

B. *Complications pouvant survenir à toutes les époques de l'évolution de la maladie*

Celles-ci sont tout aussi bien l'apanage de la dysenterie aiguë que de la dysenterie chronique : les atteintes franches comme les insidieuses peuvent la présenter.

Nous rangerons dans cette catégorie : 1° la fièvre paludéenne ; 2° l'hépatite ; 3° les phlegmasies pulmonaires ; 4° l'hémorrhagie intestinale ; le scorbut ; 6° les troubles urinaires.

C. *Complications spéciales à la dysenterie qui dure depuis un certain temps*

Celles-ci sont pour ainsi dire plutôt la conséquence de la dysenterie qu'une partie même de la maladie elles ne se montrent que lorsqu'elle a duré depuis un temps assez long qu'elle a préparé l'organisme d'une certaine manière et pour bien des cas on pourrait ajouter qu'elle a atteint des individus

placés dans certaines conditions de prédisposition d'habitat.

Nous compterons dans cette catégorie les troubles gastro-intestinaux, les douleurs, les paralysies, la tuberculisation pulmonaire, les coarctations intestinales.

Mais comme on le voit sans difficulté, nombre de ces complications peuvent se ranger aussi bien dans une catégorie que dans une autre, aussi après avoir fourni pour mémoire cette classification, nous dirons au fur et à mesure tout ce qui est afférent à chacune des complications précitées pour ne pas avoir à y revenir à plusieurs reprises différentes.

PHELGMON INTERSTITIEL DE L'INTESTIN

La dysenterie aiguë grave peut parfois se compliquer d'un véritable phlegmon interstitiel de l'intestin, la chose se comprend facilement : sous l'influence de l'inflammation de la muqueuse, la couche celluleuse s'enflamme de son côté et passe par tous les phénomènes qui constituent la suppuration phlegmoneuse. Cette complication est bien différente on le comprend de la gangrène quoiqu'elle puisse aboutir à cette gangrène, aussi mérite-t-elle une description spéciale de la dysenterie gangréneuse proprement dite.

Le sujet qui était d'abord dans les conditions ordinaires de ceux qui sont atteints par la dysenterie aiguë intense voit peu à peu les coliques, les épreintes du côté de l'intestin, les douleurs abdominales s'accroître, la gêne du côté de la vessie ; les phénomènes de tenesme vésical de dysurie vont en augmentant et avec cela la fièvre est forte, on sent que la maladie est poussée à un summum très grand de gravité. Quelques rares fois, ces phénomènes vont en s'accuentuant plus encore et D'Ormay les a vus en Chine arriver,

presqu'à simuler l'étranglement intestinal, mais ordinairement après être arrivés graduellement à une sévérité capable d'inquiéter le malade comme le médecin, on voit tout à coup la plupart des phénomènes moins la fièvre cependant cesser de telle sorte que le malade souffre sensiblement moins. Cependant on ne peut pas dire qu'il y ait une amélioration, car, bien au contraire l'état général semble s'être aggravé encore par la cesation de ces symptômes, gêne, douleur, épreinte et tenesme. Le pouls devient petit et reste accéléré, le faciès se grippe la peau est souvent froide aux extrémités tandis que le thermomètre placé sous l'aisselle indique toujours une température élevée. Plus d'une fois on sent une sueur visqueuse et de mauvaise nature, bref l'état très grave déjà semble s'être aggravé encore.

A un moment donné les selles qui jusque-là avaient eu le caractère ordinaire la dysenterie aiguë grave, quelquefois de la dysenterie gangréneuse changent brusquement de nature ; elles contiennent du pus, véritable pus phlegmoneux en plus ou moins grande quantité.

Quelquefois les accidents généraux vont en augmentant d'intensité d'une manière graduelle et la mort survient peu après. Mais quelques rares fois aussi en même temps que le pus augmente dans les selles on voit apparaître une amélioration relative, il se passe ici ce qui se produit dans presque tous les phlegmons, c'est-à-dire que la situation empire tant que le pus va se formant tandis qu'il se produit une détente au moment où il trouve issue au dehors et qu'il peut s'écouler librement.

C'est dans les cas de ce genre qu'on a constaté l'expulsion de fragments plus ou moins considérables de muqueuse intestinale. Dutrouleau cite dans son livre, l'observation

d'un aspirant de marine qui rendit ainsi un morceau de tunique intestinale de 35 cent. de longueur. Nous pourrions en citer un grand nombre, car aujourd'hui les faits de ce genre, quoique ne se présentant pas très souvent ne sont plus cependant une rareté.

Le mécanisme de ce phlegmon interstitiel de l'intestin est facilement compréhensible comme nous le disions, tantôt : sous l'influence d'une inflammation qui a dépassé la limite de résistance vitale de l'intestin il s'est produit une véritable suppuration phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-muqueux de telle sorte que la muqueuse isolée du restant du cylindre digestif et privée de ses moyens naturels de nutrition, meurt et est éliminée comme un véritable corps étranger. Phénomène qui n'a rien d'anormal on le comprend et qui n'est même pas incompatible avec la guérison, lorsque par ailleurs, certaines bonnes chances, certaines conditions favorables viennent aider la résistance de l'organisme terriblement attaqué, il faut en convenir, par le mal.

Une fois qu'on a indiqué le mécanisme de la complication dont nous parlons en ce moment, les divers phénomènes signalés se rangent très rationnellement dans l'esprit de l'observateur, l'expulsion de lambeaux plus ou moins grands de muqueuse, la sécrétion plus ou moins abondante d'un pus véritablement phlegmoneux, la réparation graduelle même de l'intestin malade, et même la rétraction cicatricielle ultérieure du calibre intestinal, tout est envisagé sans aucun étonnement, aussi tout remarquables que soient ces faits que nous trouvons dans maints travaux sur la dysenterie ils ne sauraient nous paraître extraordinaires, ils sont parfaitement expliqués désormais.

PÉRITONITE ET PERFORATION INTESTINALE

Ces deux complications peuvent être étudiées simultanément car elles sont le plus souvent étroitement liées l'une à l'autre ; elles sont le résultat d'une inflammation exagérée ou d'un sphacèle, d'étendue variable, des tuniques intestinales.

Il arrive parfois que la péritonite se produit par une seule action de voisinage de l'inflammation de la muqueuse intestinale sans qu'il y ait solution de continuité du tube phlegmasié. D'autres fois, au contraire, elle est le résultat d'une perforation et d'un épanchement intra-péritonéal des matières contenues dans l'intestin. Cette péritonite est généralisée ou bien elle reste limitée à une seule portion de l'abdomen, voilà donc quatre cas différents qui peuvent se présenter et sur lesquels nous dirons quelques mots séparément.

A. — *Péritonite de voisinage, limitée*

Il arrive dans ce cas que par le fait du ralentissement de proche en proche de l'inflammation de la muqueuse du gros intestin le péritoine s'enflamme, il rougit par vascularisation anormale, sa surface se dépolit et sécrète bientôt un pus blanc épais qui agglutine les parties en contact ; en même temps une sérosité variable de couleur depuis le citrin limpide jusqu'au jaune louche et granuleux baigne les parties déclives. Cette inflammation localisée suit la marche ordinaire qui aboutit à la formation d'un abcès ou se termine par résolution ; qui reste limitée ou gagnant de proche en proche s'étend à tout l'abdomen. Suivant chaque cas les symptômes et le pronostic sont très variables, on le com-

prend, sans que nous ayons besoin d'insister plus longuement.

B. — *Péritonite de voisinage, généralisée*

Ce que nous venons de dire pour le cas où la péritonite est localisée, nous a complétement renseigné sur la péritonite généralisée de voisinage, la vascularisation de la séreuse est générale, les surfaces en contact sont agglutinées presque partout par le pus concret anologue à du lait caillé pour l'aspect. La sérosité est plus ou moins abondante et plus on moins trouble ; souvent elle se sépare en deux portions, par l'influence de la pesanteur, une supérieure semi limpide et liquide, l'autre inférieure, louche et visqueuse. Nous n'avons pas besoin d'entrer dans plus de développements pour faire comprendre la situation dans des cas pareils.

C. *Péritonite avec épanchement intestinal limité*

Dans ce cas on voit un point sphacélique plus ou moins étendu sur l'intestin ; ce point fait tantôt une perforation semblable à celle que produirait un instrument piquant, tantôt au contraire on voit que l'intestin s'est nécrosé dans une étendue plus ou moins grande qui tranche par la couleur *marron feuille morte* avec le restant du tube intestinal. Le péritoine est violemment enflammé la surface présente le pus concrété dont nous avons parlé tantôt mais ce pus est coloré plus ou moins par l'épanchement intestinal qui est de teinte brun marrron ; la sérosité que nous avons signalée précédemment est aussi colorée par les matières épanchées de l'intestin de sorte qu'on voit. un liquide brunâtre dans lequel nagent des matières fécales altérées ou seulement des lambeaux de tisuss sphacé-

liques répandant une odeur de putréfaction extrêmement forte. Lorsque cet épanchement est limité on voit que c'est par le fait de l'agglutination des surfaces péritonéales dans une zone où elles sont enflammées par action de voisinage et au dela de cette limite la séreuse est plus ou moins irritée quelquefois parfaitement saine.

D. *Péritonite avec épanchement intestinal généralisé.*

Nous pouvons nous dispenser d'une nouvelle description pour ce dernier cas, il suffit de dire qu'au lieu d'être limités à une portion de la cavité péritonéale l'inflammation et l'épanchement ont libre accès partout.

La complication de péritonite avec existence ou imminence de perforation intestinale est assez fréquente dans le cours de la dysenterie. Sur 580 autopsies que j'ai analysées sous ce rapport, j'ai trouvé 85 indications de perforation intestinale complète et 77 de péritonite de voisinage, par imminence plus ou moins grande de perforation ou au moins par excès d'inflammation de la tunique intestinale. On voit que c'est au moins le 28 p. 0/0, et je suis convaincu que la proportion est trop faible. Je crois qu'il faut admettre qu'une fois sur trois, dans les cas suivis de mort cette péritonite par nécrose de l'intestin s'est manifestée.

La péritonite et la perforation de l'intestin surviennent dans deux conditions bien différentes; en effet tantôt elles se montrent chez les individus atteints de l'état aigu, et c'est alors par une sorte de suracuité de l'inflammation primitive ; tantôt au contraire, on les observe chez les dysentériques chroniques, et, c'est dans ce cas par continuité et extension de proche en proche de la désorganisation lente de l'intestin.

Donc c'est tantôt le malade atteint de la dysenterie aiguë

intense c'est-à-dire présentant l'ensemble de phénomènes morbides que nous connaissons, qui est tout à coup ou graduellement pris de coliques plus violentes et même de douleurs abdominables, qui se rapprochent plus de celles de la péritonite que des coliques proprement dites ; tantôt, au contraire, c'est un dysentérique chronique qui voit survenir tout à coup ou peu à peu, et d'une manière plus ou moins insidieuse des phénomènes qui constituent l'accident.

Tout à fait au début, l'abdomen ne présente parfois ni empatement ni tension caractéristique d'une phlegmasie du péritoine, mais parfois à la palpation, on sent surtout chez les dysentériques chroniques sur le trajet du gros intestin, une rénitence qui est l'indice de la phlogose et de l'augmentation d'épaisseur de cet organe. Mais, peu après, la péritonite s'accentue avec ses phénomènes habituels.

On comprend que dans un état aussi grave que celui dont nous parlons la fièvre soit bientôt forte ; si elle n'existait déjà, que la température soit élevée et que le sujet présente tous les phénomènes réactionnels d'une atteinte dangereuse. D'ailleurs, qu'on se rappelle un instant la symptômatologie de la péritonite par épanchement, telle qu'elle est décrite dans les ouvrages classiques, et nous n'avons absolument rien à y ajouter ou à y retrancher.

Le plus souvent ici comme dans la péritonite ordinaire, il y a ralentissement sur les organes urinaires, de sorte que le malade présente parfois une dysurie, une strangurie plus ou moins pénibles ; mais, le plus souvent avec ces phénomènes il y a une inertie de la vessie qui nécessite une intervention directe le cathétérisme pour désemplir le réservoir incapable de se vider par ses seuls efforts.

Tantôt, et on peut dire le plus souvent, ces phénomènes très sévères vont augmentant de gravité jusqu'à la mort, mais

quelques très rares fois, on les voit s'amender graduellement tandis que les symptômes plus spécialement locaux continuent leur évolution ; de sorte qu'il arrive un moment où il y a une absence remarquable de consensus entre les phénomènes inhérents à la lésion elle-même, et ceux qui dépendent de la réaction de l'organisme.

Dans quelques rares cas, la péritonite localisée est susceptible de guérison, dans ce cas, les accidents généraux vont diminuant d'intensité, et les phénomènes locaux se restreignent. Si la péritonite de voisinage seule a existé, on peut même voir une sorte de résolution complète se produire; sinon soit dans le cas de cette péritonite de voisinage, soit dans celui d'un épanchement intestinal ; il se produit un abcès enkysté qui suivra une marche très différente d'un sujet à l'autre. En effet, tantôt on le verra marcher vers l'extérieur et s'ouvrir à travers la peau en fusant ou non, plus ou moins au loin; d'autres fois, au contraire, il tend à s'enkyster et finit par acquérir droit de domicile dans l'organisme, sans provoquer aucun trouble ultérieur.

On possède nombre d'observations de ce genre dans la science, mais il serait tout à fait inexact de croire que la chose est fréquente, au contraire c'est la très grande exception. La règle ordinaire est la mort à rapide échéance, lorsque la péritonite se déclare avec quelque peu d'intensité au cours de la dysenterie.

J'ai dit précédemment que j'ai analysé 580 autopsies au sujet de la péritonite et de la perforation intestinale et que j'ai trouvé 85 indications de perforations, j'ai voulu naturellement me rendre compte de leurs détails et voici les résultats que j'ai constatés :

33 fois il n'y a eu qu'une perforation soit		39	p. 0|0.
23 — il n'y en a eu deux, soit		27	—
12 — — trois —		13	—
17 — — plusieurs, soit		20	—
85			

Quant à ce qui est du siège de ces perforations, j'ai trouvé que les 118 ouvertures présentées par les 85 sujets dont je viens de parler se répartissaient de la manière suivante :

Cœcum.	8	soit de	6.8	p. 0/0
Côlon ascendant.	6	—	5.1	—
Angle droit du transverse.	6	—	5.1	—
Côlon transverse.	15	—	12.7	—
Angle gauche du transverse.	6	—	5.1	—
Côlon descendant.	19	—	16.1	—
S. iliaque.	27	—	22.9	—
Rectum.	25	—	51.1	—
Indéterminee.	6	—	5.1	—
	118		100.0	

Nous aurons à revenir sur ces particularités dans le chapitre de l'anatomie pathologique, nous pouvons ne pas insister davantage là-dessus pour le moment.

INVAGINATION INTESTINALE

Il arrive quelquefois dans le cours d'une dysenterie grave, une série d'accidents dus à une invagination de l'intestin, accidents qui sont, on le comprend, dans la généralité des cas d'un pronostic fâcheux

Les symptômes de cette invagination intestinale sont assez complexes et assez obscurs, au début surtout, pour qu'on ait souvent hésité entre le diagnostic d'un accès pernicieux d'une atteinte de cholérine, ou d'une péritonite qui commence.

Ce que nous disons là nous donne d'un mot, une première idée assez bien arrêtée de la nature des symptômes de cette complication, en effet, la face du sujet se grippe, la température tend souvent à s'abaisser, des vomissements bilieux d'abord, puis fécaloïdes au besoin se montrent, et l'abdomen plus ou moins douloureux, toujours dolent est ballonné ou au moins tendu.

La première chose à faire, on le comprend, est d'établir un diagnostic différentiel entre les trois accidents qui peuvent être confondus dans le cas qui nous occupe et il me semble que le mieux est de présenter les particularités afférentes à chacune dans un tableau à trois colonnes.

PERFORATION INTESTINALE OU PÉRITONITE	ACCÈS PERNICIEUX OU CHOLÉRINE	INVAGINATION INTESTINALE
Vomissements bilieux, sans changement du début à la fin de l'accident.	Vomissements d'aspect moins bilieux en général au début devenant aqueux ensuite dans beaucoup de cas. Ces vomissements alternent souvent et s'arrêtent parfois à mesure que l'atteinte évolue	Vomissements bilieux d'abord, puis chymeux, si le sujet a ingurgité quelque substance alimentaire. — Ces vomissements deviennent peu à peu fécaloïdes
Abdomen tendu régulièrement comme empaté, douloureux également partout. — La percussion extrêmement douloureuse partout donne un son assez mat en général.	Abdomen souple naturellement ou même rétracté.	Abdomen balloné, la percussion n'est douloureuse qu'en certains endroits. — Le son est régulièrement et franchement tympanique.
Selles rares, mais cependant n'étant pas absolument arrêtées conservant l'aspect dysentérique ou prenant l'aspect bilieux.	Selles souvent rares, sans avoir parfois l'aspect dysentérique mais parfois devenant abondantes et d'aspect séreux.	Selles s'arrêtant tout à fait de bonne heure et faisant absolument défaut peu après l'apparition de l'accident de telle sorte qu'après l'administration de quelques lavements on voit sortir de l'intestin un liquide aussi limpide que celui que contenait l'irrigateur.

Mais le diagnostic différentiel étant établi et l'invagination intestinale étant reconnue que reste-t-il à faire? rien de bien efficace si ce n'est l'opération chirurgicale avec ses immenses dangers, car cette invagination se trouvant sur le trajet de l'intestin grêle nous n'avons aucun moyen direct d'action autre que l'ouverture de l'abdomen. Un purgatif pourrait aussi bien rétablir le cours des matières que précipiter les phénomènes ultimes, de sorte, on le voit, que si nous pouvons dans quelques cas sonder par la pensée l'étendue du mal et du danger, nous n'avons absolument aucun moyen pratique de le conjurer en tout ou partie. On conseille en pareil cas les grands bains, les narcotiques intus et extra tout cela ne peut faire aucun mal mais, peut-on obtenir quelque bien avec leur secours? Je crois que non et qu'il faut attribuer à un pur hasard heureux la cessation des accidents dans les faits de ce genre.

HÉMORRHAGIE INTESTINALE

En parlant de la forme hémorragique de la dysenterie, j'ai étudié déjà l'hémorrhagie intestinale, de sorte que je n'ai pas à m'étendre bien longuement sur son compte. Le mécanisme de cette hémorrhagie intestinale est nous l'avons vu une ulcération atteignant un vaisseau mésentérique d'un certain calibre, et on comprend que cette ulcération peut se présenter aussi bien dans une atteinte de dysenterie aiguë datant de peu de temps et marchant vite vers l'aggravation comme elle peut survenir soit dans une atteinte de dysenterie ou de diarrhée chronique, soit dans la rectite ou la colite de transition.

Quoiqu'il en soit la présence d'une hémorrhagie intestinale nécessite une intervention active de la part du médecin, car, comme je l'ai dit et répété le danger est

pressant. Nous verrons en parlant de la thérapeutique les quelques moyens qui peuvent être mis en usage mais hâtons-nous de le dire à l'avance, trop souvent les efforts du médecin resteront impuissants contre ce dangereux accident d'hémorrhagie.

PALUDISME

Précédemment je me suis déjà occupé de la question du paludisme dans la dysenterie, et je me suis étendu assez longuement sur ce point pour pouvoir à la rigueur ne plus y revenir ici, mais la question a un tel intérêt, qu'au risque d'encourir le reproche de me répéter je veux m'en occuper encore. Donc, je dirai de nouveau, que dans un grand nombre de cas le paludisme peut venir compliquer la dysenterie; ce paludisme est si fréquent dans les pays où la dysenterie s'observe très souvent, qu'il ne pouvait en être autrement on le devine. Quelques auteurs sont même arrivés, avons nous vu, à penser qu'il y a entre le paludisme et la dysenterie une parenté tellement étroite qu'on peut les considérer comme les termes ou même les deux modalités d'une même intoxication.

Pour ma part je ne saurais affirmer trop hautement encore la séparation absolue sous le rapport étiologique du paludisme et de la dysenterie, car s'il est incontestable que dans nombre de cas les deux maladies existent sur le même individu s'additionnant ou se multipliant l'une par l'autre, s'enchevêtrant si complètement qu'on ne peut presque plus faire la part de ce qui revient à l'une et de ce qui appartient à l'autre, il n'en est pas moins vrai que la dysenterie est aussi différente du paludisme sous le rapport étiologique qu'une fracture de membre l'est d'une insolation ou d'une fièvre typhoïde.

Cette question de la complication paludique qui peut se présenter dans la dysenterie ne manque pas que d'être très obscure, car, quand on lit ce qui a été écrit à son sujet, on ne tarde pas à reconnaître que, dans nombre de cas, les auteurs ont attribué à tort des relations de causes à effet à de simples coïncidences ou bien qu'ils ont considéré comme entièrement étrangers des phénomènes étroitement liés cependant l'un à l'autre.

Tant qu'il ne s'agit que d'accidents bénins du paludisme on comprend qu'à la rigueur l'hésitation du médecin peut ne pas avoir un bien grand inconvénient pour le malade, mais malheureusement trop souvent le paludisme entraîne dans certains pays, des accidents graves produit un accès dit pernicieux et, dans nombre de cas il est difficile de déterminer si les accidents dits pernicieux qu'on observe dans le cours d'une dysenterie sont dus au flux de ventre lui-même ou au paludisme. Or on comprend que la question a cependant une énorme importance, car suivant l'opinion qu'on se fera à ce sujet, la thérapeutique variera dans de très larges limites. C'est pour ces cas, plus assurément que pour beaucoup que la sagacité du médecin est la meilleure chance de salut du malade.

En examinant avec soin les diverses observations de dysenterie compliquée de paludisme qui sont venues à ma connaissance, j'ai reconnu que c'est l'accès pernicieux algide qui, dans l'immense majorité des cas, survient chez les individus atteints de dysenterie. Je ne veux pas nier qu'on ait vu parfois un accès délirant, comateux ou cardiaglique, par exemple, se montrer comme complication de la dysenterie, mais c'est la grande, très grande exception et le plus souvent, je le répète, c'est l'accès algide qui se montre.

Donc c'est l'algidité qui doit nous occuper ici tout particulièrement, or nous dirons que lorsque le médecin constate ce phénomène : algidité chez un dysentérique, il doit, comme dans tous les cas chercher à poser son diagnostic d'une manière aussi assurée que possible et tâcher de reconnaître la cause de cette algidité. — Est-ce le début d'une perforation intestinale, la suite et la conséquence d'une hémorrhagie, le phénomène ultime d'un volvulus, d'un arrêt invincible du cours des matières fécales, le commencement de la fin dans une hémorrhagie gangréneuse ou typhoïde. — Enfin est-ce un accident cholériforme, ou bien un véritable accès pernicieux, n'oublions pas d'ajouter qu'il faut aussi se demander si cette algidité n'est pas le symptôme d'une intoxication médicamenteuse, car quoique la chose paraisse fort impossible de prime abord. Je dirai à mes jeunes collègues que maintes fois, pour ma part, j'ai vu cette intoxication médicamenteuse et en particulier l'intoxication quinique ressembler étonnamment à un accès pernicieux algide.

Ceci étant dit reprenons le fil de notre exposition et répétons : le médecin se trouvant en présence d'un dysentérique atteint d'algidité, doit poser son diagnostic de la manière aussi assurée que possible. Il m'a suffit, je crois, d'indiquer les diverses causes que peut reconnaître cette algidité pour n'avoir pas besoin d'insister davantage. Il tombe sous le sens que, si le sujet vient d'avoir une violente hémorrhagie intestinale l'algidité qu'il présentera ne sera pas mise sur le compte d'un accès paludéen ; la cause de cette algidité est trop patente pour prêter à la contestation. — Mais si, en passant dans son esprit en revue toutes ces causes possibles, le médecin est amené par une discussion détaillée à les écarter, il ne reste plus que la

pensée qu'il est en présence d'un accès pernicieux paludéen, et il doit chercher alors une autre forme de son raisonnement, si cette opinion est corroborée par certaines conditions.

Or, en première ligne, se pose cette question, est-on, oui ou non, dans un pays à influence paludéenne ? Cette question a une importance grande, qu'on ne s'y trompe pas. Ainsi, par exemple, je dirai qu'en examinant les feuilles de clinique du Sénégal et de la Martinique comparativement, j'ai trouvé que la complication d'algidité et de mort par accès pernicieux algide est infiniment plus fréquente chez les dysentériques dans la première que dans la seconde de ces colonies. Bien plus, en étudiant les feuilles de la Martinique, j'ai vu que ces phénomènes d'algidité sont plus fréquents à Fort-de-France qu'à Saint-Pierre et qu'ils étaient plus fréquents à Fort-de-France avant 1868 moment où on a considérablement diminué l'influence paludéenne locale en comblant un fossé infect, que depuis 1869. Enfin, pour les cas observés à Saint-Pierre on voit, le plus souvent, lorsque l'algidité est en cause, que le sujet provient d'un pays à fièvre, car ceux qui habitent la localité depuis longtemps la présentent incomparablement moins souvent.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les autres commémoratifs : Le sujet a-t-il eu précédemment la fièvre ; est-il manifestement impaludé, etc., etc., il serait superflu de le dire plus longuement et, d'après tout ce que je viens d'exposer, on voit que le médecin doit longuement réfléchir avant de se décider à donner la quinine qui est aussi utile dans certains cas que dangereuse dans d'autres.

Lorsque la dysenterie se complique réellement d'accès pernicieux, le traitement de cet accès doit, on le comprend primer tout, car les dangers prochains auxquels expose le flux de

ventre ne sont rien, vis-à-vis des immenses dangers immédiats qu'entraîne l'accès pernicieux.

Haspel a dit avec raison que lorsque la dysenterie coexiste avec la fièvre paludéenne, il faut tout d'abord agir contre le paludisme, parce que, tant que les accès se reproduisent, le traitement de la dysenterie ne peut être appliqué bien efficacement; mais cependant il ajoute, par la même occasion, que c'est à tort qu'on peut espérer que la quinine seule guérira le tout car lorsqu'elle a suffi, on peut dire que la dysenterie était de celles qui guérissent toutes seules.

L'intoxication paludéenne est aussi une complication fâcheuse de la diarrhée chronique parce que souvent un seul accès détruit le bénéfice de plusieurs semaines de traitement, aussi faut-il surveiller avec soin les malades sous ce rapport pour donner de la quinine en temps opportun et nous devons ajouter que cette surveillance est d'autant plus difficile que souvent les accès sont erratiques, fugaces, anormaux, de manière à passer inaperçus pour celui qui n'est pas très attentif à les reconnaître.

HÉPATITE

Les phénomènes de phlegmasie hépatique se montrent si souvent dans le cours de la dysenterie que nous devons nous occuper d'une manière spéciale et détaillée de cette complication.

Il y a longtemps déjà que les médecins ont été frappés des relations cliniques qu'il y a entre la dysenterie et l'hépatite ; nombre de discussions ont eu lieu sur ce sujet, et, on a tour à tour soutenu les trois opinions extrêmes à savoir : A. que la dysenterie est le résultat de la maladie du foie ; B. que la maladie du foie est le résultat de la dysenterie ; C. enfin qu'il n'y a qu'une pure coïncidence entre les deux affections.

La troisième de ces opinions est insoutenable, je crois, aujourd'hui, et si Abercrombie qui l'a patronnée, pouvait formuler de nouveau son opinion, bien certainement il serait le premier à abandonner l'idée de la pure coïncidence. Trop de faits se sont accumulés en effet depuis de longues années pour démontrer qu'il y a une relation étroite entre la dysenterie et l'hépatite.

Il est plus mal aisé en revanche d'éliminer pareillement une des deux autres théories et quand on commence à étudier la question on est fort indécis, les arguments fournis de part et d'autres paraissant tout d'abord bien difficiles à réfuter. Néanmoins il n'est pas impossible, je crois, d'arriver à s'attacher à l'une et à repousser l'autre ; à penser en d'autres termes que la dysenterie est le résultat de l'hépatite, c'est-à-dire à se ranger dc côté de la première hypothèse pour des raisons que l'intelligence comprend très bien.

Ceux qui au contraire ont pensé que la dysenterie engendrait l'hépatite, c'est-à-dire les partisans de la seconde hypothèse, se sont basés sur ce fait : que dans nombre de cas il a paru bien irréfutablement démontré comme l'a formulé G. Budd, que l'inflammation du foie est le résultat de la résorption purulente ou putride qui se produit sur le colon ulcéré. Mais il me semble qu'on peut partager cette croyance de Budd, sans cependant être obligé d'admettre que c'est la dysenterie qui produit l'hépatite, bien au contraire, il y a là, je crois, deux choses distinctes qui ont été confondues à tort et je vais essayer de l'expliquer.

Sans doute je suis convaincu pour ma part que dans un grand nombre de cas abcès du foie qui s'observe dans le cours d'une dysenterie est produit par cette résorption purulente ou putride ; la voie de transport veineuse est trop directe et trop facile pour qu'ou puisse essayer de la mécon-

naître, et, dès le moment qu'on ne peut nier que les opérations qui se pratiquent sur le rectum ou dans le petit bassin, que certaines phlegmasies des organes génito-urinaires peuvent engendrer l'abcès du foie, au même titre que les plaies de tête par exemple, on accepte le mécanisme formulé par Budd.

Mais, d'autre part, ne voyons-nous pas à chaque instant dans les pays tropicaux, comme le Sénégal ou les Antilles, une hépatite bien avérée avec tous ses caractères, depuis la simple hyperhémie jusqu'à l'abcès, se produire, évoluer, mener l'individu jusqu'à la mort même, sans que jamais l'intestin n'ait été malade un instant et d'une manière appréciable ? Pour ma part, j'en ai observé un si grand nombre de cas que mon opinion est parfaitement arrêtée là-dessus. Dans ces cas on ne pourrait soutenir a priori, que l'hépatite est le résultat de la dysenterie, je prends donc acte tout d'abord que, dans quelques cas au moins, cette hépatite n'est pas la conséquence de la dysenterie.

Or si on constate que dans certains pays chauds le foie peut devenir malade, dans toutes les limites possibles, sans que la dysenterie en soit la cause, ne peut-on pas logiquemen; penser au contraire que lorsque la dysenterie s'y produit, même en admettant quelle se produisit tout à fait éventuellement; ne peut-on pas logiquement penser, dis-je, que cette dysenterie, apportant au foie des principes purulents ou putrides par résorption, trouvera un organe d'autant plus disposé à s'enflammer et s'abcéder qu'il est déjà malade ?

Dans ce cas on peut admettre sans peine que les abcès du foie que l'on rencontre souvent dans la dysenterie de certains pays se sont formés, comme le pensait Budd, par résorption purulente ou putride, sans être obligé de croire que c'est la dysenterie qui rend le foie malade et, au contraire, sans avoir un argument contraire à l'idée que c'est le foie malade

qui a engendré primitivement la dysenterie. En effet, pourquoi ne penserait-on pas que le foie d'abord malade provoque la dysenterie, ensuite que les produits septiques de celle-ci vont par résorption agir à leur tour sur le foie avec d'autant plus d'efficacité d'ailleurs que celui-ci est plus disposé à s'enflammer dans l'état déjà pathologique où il se trouve déjà?

Les faits appuient cette manière de voir, car on sait bien aujourd'hui que l'abcès du foie consécutif à la dysenterie est d'autant plus fréquent dans un pays que le foie y a par ailleurs une tendance plus accentuée à devenir spontanément malade.

Ne sait-on pas d'ailleurs que les phénomènes de phlegmasie hépatique ont été si fréquemment observés dans certains pays, en Algérie par exemple, que nombre de nos médecins de l'armée ont soutenu l'idée que le foie est toujours malade dans la dysenterie ? Cette idée a trouvé des partisans nombreux, et autorisés parmi les médecins de la Marine qui ont pratiqué au Sénégal ou aux Antilles, et je crois, pour ma part, que si on a soin de spécifier que par phlegmasie hépatique, on peut comprendre non seulement l'hépatite aiguë poussée jusqu'à l'abcès mais même la seule hyperhémie congestive, cette assertion est l'expression de la réalité.

Par ailleurs aussi nous savons d'une part que les pays où on voit le plus souvent cette tendance du foie à devenir malade spontanément, sont ceux où la dysenterie est la plus fréquente et la plus sévère. D'autre part, nous savons que la dysenterie est d'autant plus menaçante pour la vie d'un sujet, toutes choses égales d'ailleurs, que ce sujet présentait déjà des phénomènes morbides plus accentués du côté du foie. Enfin on ne peut nier que la dysenterie soit une maladie très remarquable dans ses manifestations morbides, puisqu'on la voit localiser ses lésions pathologiques sur le gros intestin d'une manière si extraordinaire, que l'inflammation pure et

simple ne peut rendre compte de ses particularités. Ai-je besoin de rappeler que tous ceux qui ont étudié quelque peu la dysenterie, ont bien senti qu'il y a quelque chose de spécial dans son mécanisme et ses allures morbides.

Je n'entrerai donc pas dans plus de détails à ce sujet ; en ce moment je serais entraîné trop, et loin je renvoie le lecteur au chapitre où, partant de l'étiologie, je formulerai mon opinion sur la nature de la maladie. Je présenterai alors tous les arguments qui me paraissent entraîner la conviction dans le sens que j'indique, et je prie le lecteur de faire, quant à présent, comme si la chose était jugée en faveur de la première hypothèse.

Un point intéressant à étudier dans cette question des complications hépatiques de la dysenterie, c'est déterminer le degré de fréquence de ces complications, chose assez difficile à exprimer par des chiffres, mais qui ne fait doute pour personne, car, lorsqu'on dit que le foie s'enflamme souvent dans la dysenterie quelque peu grave ou persistante, on formule une opinion que nul ne songe à contester.

Cambay a pensé que l'abcès du foie complique la dysenterie dans la proportion de 1 sur 20, soit le 5 p. 0/0. Cette évaluation des proportions de la complication hépatique est extrêmement difficile à faire, ai-je dit, et d'ailleurs, comme il y a des différences énormes entre les pays, je suis persuadé qu'on ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, arriver qu'à des résultats extrêmement vagues et éminemment aléatoires. Aussi mieux vaudrait-il peut-être s'en tenir à ces expressions : complication fréquente. Cependant, si on veut des chiffres, après avoir fait la restriction ci-dessus, je dirai que d'après mon observation, il me semble qu'on peut admettre les données suivantes pour les pays où la dysenterie est fréquente, habituelle, c'est-à-dire endémique et

sévère : Sur cent dysentériques, il y en a cinquante dont la maladie assez est grave pour entraîner des complications. Parmi ces derniers; trente-cinq ont des phénomènes hépatiques se partageant ainsi : vingt simples congestions actives ou hyperhémies, dix hépatites confirmées, et cinq abcès du foie. Mais répétons-le encore, les différences sont si grandes d'un pays à l'autre, qu'il est peut-être inutile dans l'état actuel de nos connaissances de chercher à faire une évaluation quelconque.

Je ne puis m'empêcher de me laisser aller à une digression qui se présente tout naturellement à la pensée : Voyons la contre-partie de la question et demandons-nous, dans quelle proportion on voit l'hépatite sans la dysenterie après nous être demandés dans qu'elles proportions on voyait la dysenterie sans complication hépatique. Or, Rouis a trouvé que le 10 p. 0/0 des abcès du foie que l'on observe en Algérie ne présentent absolument aucun phénomène de dysenterie, soit pendant la vie, soit à l'autopsie; et il a trouvé aussi que dans le 24 p. 0/0 des cas, la dysenterie n'est survenue qu'après l'existence manifeste d'un abcès du foie de sorte que, d'après lui, il y aurait trente-quatre cas d'hépatite climatérique pour cent dysenteries et comme ces cent dysenteries produisent cinquante-deux cas d'hépatite d'après Haspel, il s'ensuit que l'on verrait habituellement trente-deux cas d'hépatite climatérique pour cinquante-deux cas d'hépatite dysentérique, soit trois hépatites climatériques pour huit dysentériques.

Je le répète : Je crois qu'il doit y avoir de grandes différences suivant les pays pour ce qui est de ces proportions et je suis disposé, par exemple, à penser que si ces chiffres de trois pour huit, c'est-à-dire que si on voit sur cent hépatiques trente-sept être fournies par l'influence purement climatérique, qu'on me passe le mot. — en Algérie, — c'est à peine le 12 ou le 10 p. 0/0 qu'on en observera aux Antilles. Mais

je dois reconnaître qu'il est très difficile de faire une évaluation même approximative et d'ailleurs cette évaluation elle-même n'a qu'une très minime importance.

Arrêtons-nous un instant sur les symptômes que présente la complication hépatique de la dysenterie et tout d'abord disons que cette complication hépatique peut se partager en quatre groupes d'après Dutrouleau. A. point hépatique ou congestion active (hyperhémie). B. hépatite aiguë confirmée. C. abcès du foie.

A. — HYPERHÉMIE CONGESTIVE AIGUE

Bien que le sujet soit soumis depuis plusieurs jours à l'observation du médecin, il est souvent difficile de dire à quel moment au juste cette complication de la dysenterie a pris naissance, condition qui pourrait être invoquée en faveur de l'opinion que dans toute dysenterie c'est le foie qui est malade au préalable.

Chez quelques individus l'hyperhémie du foie qui nous occupe survient au cours de la dysenterie sans que les selles aient présenté de modification appréciable. Chez d'autres, au contraire, cette hyperhémie succède à une diminution assez notable dans le nombre des selles ce qui a été pris tout d'abord pour un symptôme d'amélioration de la dysenterie alors qu'il n'est en réalité que celui de l'apparition de la complication hépatique. Il faut être prévenu de cette particularité, toutes les fois qu'on soigne un dysentérique, car souvent il est arrivé que le médecin s'est laissé prendre à ce signe trompeur de la diminution brusque du nombre des selles, et tandis qu'il se félicitait d'une semi-constipation survenant tout à coup et considérée par lui comme un résultat très efficace et très heureux de la médication il se trouvait inopinément et sans l'avoir prévu en présence de la complication hépatique.

Un des premiers phénomènes constatés ou signalés est un sentiment de douleur ou même seulement de pesanteur dans l'hypochondre droit. Cette douleur est très variable, en effet, sourde souvent pendant tout le temps, elle présente chez certains sujets des exacerbations à certains moments de la journée et elle est alors plus aiguë et même parfois pongitive, il semble disent les malades qu'on leur enfonce un instrument piquant dans l'organe. Quelquefois ce sont alors de véritables battements douloureux comparables à ceux qu'on éprouve dans un doigt atteint de panaris, dans un furoncle tournant à la suppuration, ou bien dans une névralgie dentaire.

Si, malgré la douleur que l'on impose au malade par la percussion, on veut se rendre compte du volume du foie, on constate, en général que ses diamètres sont accrus un peu dans tous les sens, mais d'une manière modérée le plus souvent.

Peu après l'apparition de la douleur et quand elle est obscure, confuse; n'oublions pas d'ajouter qu'il est possible que cette douleur ne se montre qu'en seconde ligne, on voit une réaction fébrile variable se manifester. Le plus souvent cette réaction est peu exagérée, c'est-à-dire que si la peau donne au toucher une impression de chaleur, la température ne dépasse pas 38° 5 à l'aisselle. Le pouls assez plat bat à peine cinq ou dix pulsations de plus que d'habitude; il y a un peu de céphalagie et souvent, pour peu même que l'atteinte soit intense, on constate une certaine gêne dans la respiration qui est courte et comme bridée.

J'ai dit, il y a un instant, que deux cas pouvaient se présenter : ou bien les selles n'avaient présenté aucune modification, ou bien elles avaient eu une certaine tendance à la diminution de nombre; cette tendance est la plus fréquente et alors on sent qu'elle est due à de l'inertie in-

testinale, car l'abdomen est ballonné, mou, empâté et si les selles sont moins fréquentes, si elles tendent même à se mouler on voit par leur inspection qu'elles ne sont pas de bonne nature.

La langue qui était parfois naturelle jusque-là est couverte d'un enduit saburral, il y a mauvais goût à la bouche, anorexie, inappétence et souvent tendance à la nausée, aux vomissements bilieux même, bref l'ensemble des phénomènes d'embarras gastrique. Cet embarras gastrique existait déjà parfois et alors il est bien difficile de faire la part de ce qui s'y est ajouté, mais s'il n'existait pas précédemment il constitue un assez bon signe pour le diagnostic.

En y regardant bien, on voit que le sujet est un peu jaune, ce n'est pas encore à proprement parler de l'ictère, mais les conjonctives, le fond du teint ont quelque chose de jaunâtre qui peut mettre le praticien sur la voie, pouvant aussi très bien rester inaperçu. Ajoutons que les urines sont en général assez rares, un peu chaudes, rouges, contenant de urates, de l'acide urique et même souvent on y trouverait un léger excès de pigment biliaire, si on le recherchait.

A ces divers phénomènes ajoutons un sentiment de faiblesse, de tristesse, de fatigue incessante et même de répulsion pour ce qui pourrait distraire le sujet, et nous avons la peinture assez exacte de cet état, passager du reste, qu est souvent appelé du nom d'embarras gastrique ou bilieux, ou bien mis sur le compte de la dysenterie elle-même dans le cas qui nous occupe, sinon sur celui d'une tristesse passagère, d'un peu de nostalgie, etc., etc.

Cet état morbide léger que nous venons de décrire dure en général peu de jours, il se termine soit par la résolution, soit par l'aggravation. Dans le premier cas, en trois ou quatre jours au plus il a disparu; dans l'autre, au con-

traire, il se présente des phénomènes que nous étudierons tantôt, mais disons que, même alors que la résolution est survenue vite il y a une fâcheuse tendance à la récidive et désormais, si le sujet reste dans un pays chaud, il pourra voir son foie conserver une sensibilité fâcheuse, le moindre écart d'hygiène, le moindre dérangement d'intestin, la moindre fatigue corporelle pourront faire reparaître l'affection ou même produire une véritable phlegmasie de l'organe.

B. — HÉPATITE AIGUE

Le plus souvent elle succède à la complication précédente qui n'est que son premier degré sous le rapport de l'intestin, mais dans quelques circonstances la durée de ce premier degré est si courte, que le malade et le médecin peuvent croire qu'il a fait défaut et que l'hépatite aiguë est apparue d'emblée dans le cours d'une dysenterie.

Généralement la scène s'ouvre par un accès de fièvre qui ressemble tellement à un accès intermittent ordinaire qu'il est pris très souvent pour un phénomène d'intoxication paludéenne, et si la douleur du côté n'est pas très forte dans ce moment le diagnostic peut rester plusieurs jours indécis. Dans une bonne moitié des cas, peut-être, les phénomènes sont tels que ce diagnostic et hésitant pendant un, deux et même quelquefois plusieurs jours. Rappelons que, si l'hépatite aiguë se manifeste dans le cours d'une dysenterie et comme complication de cette maladie, son début est signalé par un arrêt brusque des symptômes intestinaux. On dirait qu'il y a une sorte de loi de balancement entre les symptômes, les selles s'arrêtant au moment où le foie s'engorge; mais ce balancement ne dure pas plus longtemps, et ultérieurement les selles peuvent être nombreuses ou rares sans réagir sur la marche de l'affection du foie.

La douleur de côté a besoin de nous arrêter un instant; elle apparaît souvent pendant ou peu après l'accès de fièvre initial, et elle est assez vive, en général; elle est très comparable souvent à la douleur de la pleurésie; il n'est pas rare de la voir violente au point d'arrêter brusquement l'inspiration dans sa course, d'arracher des cris au malade et de lui faire prendre une position penchée, fléchie à droite, caractéristique en un mot de l'affection. Mais n'oublions pas de dire que si, dans la majorité des cas, la douleur de l'hypochondre est le signe principal et évident de l'hépatite aiguë, il n'est pas rare qu'elle soit modérée qu'elle manque même. J'ai vu pour ma part et je connais mille faits de la pratique de mes collègues dans lesquels la douleur hépatique a fait absolument défaut. La maladie a été quelques fréquentes fois assez insidieuse, assez obscure, pour pouvoir parcourir toutes ses périodes, arriver à la suppuration, à la mort même, avant que le diagnostic ait pu être porté.

Un signe signalé par tous les auteurs et que l'on observe fréquemment, c'est la douleur de l'épaule, douleur plus ou moins vive, de caractères très divers, tantôt pesante seulement, tantôt pongitive avec des points qui rappellent ceux de la névralgie avec laquelle ils ont tant d'affinité. On a expliqué, on le sait, cette douleur par des rapports nerveux; je ne m'y arrêterai pas plus longtemps, disant que, malgré les dénégations de quelques auteurs, j'ai constaté nombre de fois, et sur moi-même entre autres, la douleur de la région iliaque et crurale antérieure, sans préjudice de la douleur de l'épaule.

Le malade a une petite toux sèche pendant laquelle la douleur du côté augmente, et c'est au point que, nombrede fois, on a méconnu tout à fait l'hépatite, pensant à une pleurésie droite; erreur d'autant plus facile qu'il n'est pas rare dans

l'hépatite de la face convexe, de voir une irritation sympathique ou de voisinage de l'autre côté du diaphragme.

Si on percute le foie, il semble souvent un peu augmenté de volume et surtout on provoque une certaine douleur qui met très heureusement sur la voie du diagnostic. J'ai vu nombre de cas où les autres signes étaient assez obscurs et où la palpation de l'organe m'a renseigné convenablement; car le malade qui ne ressentait quelquefois pas une douleur spontanée bien manifeste, accusait un sentiment pénible bien franchement ressenti dans certains points pressés avec la main.

Les muscles intercostaux de l'hémi-thorax droit restent immobiles pour ne pas presser sur le foie qui est augmenté de volume, de sorte qu'on a ainsi parfois un précieux signe fourni par la première inspection du sujet; mais n'oublions pas de dire que, comme les autres, ce signe est très aléatoire.

Si le point hépatique a pu exister sans fièvre, il n'en est pas de même ici : le pouls est fébrile, plein et tendu-allant de 110 à 140 dans la phlegmasie aiguë du foie; et, après la manifestation de ces accès du début, qui, avons-nous dit, ressemblent à la fièvre paludéenne, on voit le malade plongé dans un état fébrile bien marqué. La peau est sèche, chaude et donne une sensation d'âcreté au toucher; bref, on constate à première vue une réaction générale intense sous l'influence de l'inflammation glandulaire.

Le thermomètre est utile ici comme dans toutes les phlegmasies et, sans être accusé d'en exagérer l'importance, je puis dire qu'il m'a rendu de très grands services. Son usage et la notation exacte du pouls donnent de très bonnes indications pour l'opinion qu'on doit se faire sur la marche de la phlegmasie; car, si on voit la température redevenir normale ou à peu près dans les trois ou cinq premiers jours, on peut

espérer la résolution, tandis qu'il y a grandement à craindre la suppuration, si la fièvre reste forte et la température élevée entre 38°,5 et 40° pendant plus d'une semaine.

On comprend que, vu l'accentuation plus forte de la maladie, l'état saburral et bilieux des premières voies que nous avons indiqué pour le point hépatique soit plus accentué encore ici ; et, en effet, langue est sale, quelquefois pointue et un peu rouge à son limbe, le plus souvent plate et large, toujours chargée d'épithélium blanchâtre ; il y a de l'anorexie, de la soif, bref, tous les phénomènes de l'état saburral, réaction de cette partie du corps dans l'état fébrile.

Quelques vomissements bilieux se montrent parfois ; mais ils ne sont pas la règle générale, car le foie atteint d'inflammation n'a pas toujours une hypersécrétion biliaire bien accentuée.

La pression de la main sur l'estomac provoque souvent de la douleur ; mais il faut faire attention que c'est parce que cette pression retentit sur le foie, et non parce que le ventricule est malade par lui-même. L'hépatite peut d'ailleurs exister à tous les degrés, sans réagir bien directement sur l'estomac ; il y a ici une question de voisinage de l'inflamation qui préside d'une manière absolue à l'existence ou à l'absence des phénomènes gastriques.

Du côté de l'intestin les phénomènes morbides sont variables en ce sens, que dans quelques circonstances, la dysenterie semble s'être arrêtée entièrement. Chez quelques malades on a vu une véritable constipation survenir tout à coup et, en se souvenant que la constipation passagère est un des symptômes de l'hépatite climatérique ou spontanée, c'est-à-dire indépendante de la dysenterie, on comprend que la cessation des selles n'est pas une amélioration de la maladie primitive au contraire.

Mais assez souvent cette constipation ne se montre pas, la diminution des selles n'est que relative, de sorte que si le médecin ne fait pas grande attention il peut ne pas être frappé du phénomène de retention des matières excrémentitielles qui, d'ailleurs, est le plus souvent atténué par la médication évacuante très généralement employée dans des cas pareils. Quoi qu'il en soit cette constipation m'a paru comme à mes prédécesseurs coïncider avec la poussée phlegmasique, d'où une indication plus péremptoire encore, d'agir sur l'intestin et de provoquer l'évacuation des selles dans les atteintes d'hépatite aigue.

Dans le degré qui nous occupe, la détente arrive plus lentement que dans le point hépatique, soit qu'elle survienne spontanément, soit qu'elle ait été provoquée par une médication appropriée. Ce n'est guère que le troisième ou le quatrième jour qu'elle se montre ; lorsque les phénomènes fébriles s'amendent à cette date, on peut espérer que la terminaison par résolution se produira. Lorsque, au contraire, la fièvre persiste plus longtemps, on doit grandement craindre comme je l'ai dit déjà la formation d'une collection purulente.

Au moment de la rémission, on voit paraître parfois un peu d'ictère, mais ce symptôme n'est pas constant ; très souvent, il y a un peu de coloration jaune des conjonctives, même dans le cas où le tégument présente la coloration ordinaire ; mais, je le répète, dans maintes circonstances, on ne voit rien d'anormal de ce côté ; et ce que j'ai dit à plusieurs reprises de l'insidiosité de la maladie, nous portait à le penser *a priori*.

On voit souvent de nouvelles exacerbations de vingt-quatre ou quarante-huit heures se montrer après la première poussée fébrile ; ce sont autant de petits orages hépatiques moins accusés que le premier, mais ayant les mêmes caractères avec un peu d'atténuation dans leur intensité seulement. Puis la conva-

lescence ou le passage à un autre état se manifeste, car l'hépatite aiguë peut se terminer, soit par résolution plus ou moins franche, soit par l'hypérémie congestive torpide, véritable hépatite chronique, soit par la formation d'un abcès au foie.

Si nous n'avons en vue que la terminaison prochaine de l'état phlegmasique et fébrile qui constitue la complication d'hépatite aiguë dans la dysenterie, nous pouvons dire que la maladie que nous venons de décrire est peu grave, en général : la preuve c'est que la guérison est la règle, et que j'ai vu nombre d'individus pouvoir continuer à séjourner de longues années aux colonies après une atteinte bien évidente d'hépatite aiguë survenue dans le cours d'une dysenterie de moyenne intensité. Mais cependant il ne faut pas se laisser aller à un optimisme exagéré quand on voit la résolution se manifester même rapidement. Au contraire, il faut établir en règle générale que celui qui a eu une complication d'hépatite aiguë est tout spécialement prédisposé à d'autres atteintes ; et même dans le cas où l'acuité ne se manifesterait pas, la condition ne serait pas très sensiblement améliorée, car il aurait également à craindre et l'hépatite chronique et l'abcès du foie, les deux même. Enfin, n'oublions pas de répéter encore que la maladie qui nous occupe est la plus insidieuse que l'on connaisse peut-être, car non seulement elle n'est pas diagnostiquée pendant son évolution quelquefois, mais, même alors qu'elle est parfaitement reconnue, il arrive trop souvent qu'elle semble céder facilement, donnant raison tout d'abord à toute sorte de tentatives thérapeutiques, puis, après un temps de silence plus ou moins grand, elle désabuse celui qui avait cru à son arrêt ou sa disparition, en se manifestant par les symptômes ultimes qui frappent l'observateur de stupeur autant que d'effroi.

C. — ABCÈS DU FOIE

A la suite de la période de phlegmasie aiguë que nous venons de spécifier dans le cours de la dysenterie aiguë, ou bien encore dans le cours de la dysenterie chronique, soit spontanément c'est-à-dire parce que les phénomènes d'hyperhémie chronique auront fait le travail morbide de préparation de l'abcès sans que le malade et le médecin en aient conscience, soit après une période d'hépatite aiguë survenue dans le cours de cette dysenterie chronique ; on voit survenir parfois et cela plus souvent dans certains pays que dans d'autres, une suppuration du foie qui fait courir les plus grands dangers aux individus.

Cet abcès du foie constitue une maladie d'autant plus intéressante à étudier qu'elle est encore une des choses les plus obscures de la pathologie et quoique je n'aie pas l'espérance de vider ici le grand débat soulevé depuis longues années à leur sujet, je vais m'en occuper avec quelque détail. On me permettra à cause de l'intérêt du sujet d'envisager les abcès du foie dans leur ensemble, car, arrivés à un certain moment de leur évolution, ils ne présentent plus de différence sensible dépendant de leur origine, et alors il est naturel que nous disions un mot des diverses sources qui peuvent les engendrer en d'autres termes que nous parlions en même temps, et de l'abcès du foie climatique et de l'abcès du foie dysentérique.

Tout d'abord, il nous faut insister avec soin sur ce fait, déjà répété plusieurs fois, mais qui est assez important pour mériter qu'on y revienne encore ; c'est que l'abcès du foie peut avoir deux origines bien distinctes : A. Provenir du fait d'une phlegmasie hépatique essentielle sans altération primitive et même consécutive appréciable de l'intestin ; B. Il peut être la suite et la conséquence directe, immédiate ou éloignée, de

la dysenterie. Cette distinction est capitale, et on verra, d'ailleurs, par la suite, combien il est utile de ne pas la négliger ; aussi vais-je y apporter tout mon soin.

A. *Abcès climatique.* — Cette variété, appelée par plusieurs auteurs abcès tropical, est le résultat de la terminaison par suppuration d'une phlegmasie idiopathique de l'organe hépatique, phlegmasie dont on comprend très bien l'origine et le mécanisme par le fait de la suractivité de l'organe. Il s'est passé dans le foie, chez l'Européen arrivé dans les pays chauds depuis peu de temps, ce qui se passe chez la nouvelle accouchée au début de l'allaitement, une fluxion sanguine, un accroissement de travail glandulaire qui, dépassant les bornes physiologiques, atteint la véritable inflammation et n'a pas eu le bénéfice de la terminaison par résolution bien complète. Lorsque l'inflammation du foie n'a pas été générale ou quelle r'est localisée dans un endroit bien limité cet abcès a pour caractère d'être, en général, solitaire et souvent assez volumineux ; son pus est, on le comprend, plus louable, toutes choses égales d'ailleurs, que les autres au moins au début, alors que d'autres facteurs ne sont pas venus altérer sa nature. Il est entouré de tissu hépatique relativement assez sain, ou au moins atteint de phlegmasie franche capable de résolution. C'est lui qui peut s'entourer d'une membrane pyogénique et se limiter si bien et si complètement qu'il constituera parfois une véritable poche kystique subissant même une régression lente et ménagée qui diminuera son volume par condensation du pus emprisonné, la dernière limite de cette régression étant la cicatrice étoilée avec ousans noyaux calcaires à son centre.

On rencontre assez rarement dans les autopsies, des faits qui soient bien probants pour mettre en lumière cet abcès tropical, et la plupart des abcès du foie qu'on voit sur la table

d'amphithéâtre sont si différents de ce que nous venons de dire, que plusieurs observateurs ont repoussé la distinction que nous venons de faire. Ils ont eu tort à mon avis, et, en effet, remarquons que très généralement l'individu qui meurt d'abcès du foie a présenté, dans les derniers temps de sa maladie, une infection septicémique qui est venue étrangement obscurcir les caractères de la lésion primitive. Mais le raisonnement montre tout d'abord clairement à l'esprit la possibilité de l'existence de cet abcès tropical, et d'ailleurs les faits le démontrent ; ainsi quand on trouve, par exemple, un de ces abcès tropicaux sur un cadavre mort d'une affection intercurrente étrangère. J'ai rapporté, dans le tome II de mon travail sur les *Maladies du Sénégal* (p. 52), l'observation d'un nommé Miché, qui me paraît typique, pour le cas que je veux faire admettre. En effet, ce pauvre diable fut pris d'ictère avec embarras gastrique peu de jours après son arrivée dans la colonie, et eut un abcès du foie sans avoir présenté d'atteinte de dysenterie.

Abcès dysentérique. — L'abcès du foie qu'on observe à la suite de la dysenterie est de nature septicémique, c'est une véritable infection putride, résultat des ulcérations intestinales, absolument comparable à cette infection de même nature qui provoque la suppuration hépatique dans mille affections, depuis les hémorrhoïdes enflammées jusqu'aux plaies de tête. Il n'est pas nécessaire, j'espère, d'insister plus longuement pour le définir, et il nous suffit de dire qu'il a, lui, de son côté, par sa nature, certains caractères qui sont assez spéciaux, et, en effet, on comprend qu'il soit le plus souvent multiple, car on peut se représenter par la pensée dix, vingt, cinquante petits noyaux putrides venant provoquer dix, vingt, cinquante petits abcès dans tel ou tel point hépatique.

Voilà l'affection spécifiée dans sa simplicité théorique, et encore faut-il reconnaître que, tant pour l'accès tropical que pour l'abcès dysentérique, il y a des sous-catégories à établir. Dans chacun de ces cas, il peut se présenter plusieurs variétés que nous allons indiquer dans le tableau suivant pour bien familiariser le lecteur avec elles :

A. *Abcès idiopatique ou tropical*	Succédant à une phlegmasie aiguë survenue peu de temps après l'arrivée dans la colonie. Succédant à une ou plusieurs poussées aiguës dans le cours d'un long séjour colonial. Succédant à une violence extérieure.
B. *Abcès dysentérique*	Succédant immédiatement à une dysenterie aiguë chez un individu arrivé depuis pe udans la colonie. Succédant immédiatement à une dysenterie aiguë chez un individu habitant la colonie depuis longtemps. Succédant tardivement à une dysenterie aiguë ou chronique, avec exacerbations aiguës.

Nous arrivons, on le voit déjà, à six catégories assez distinctes, et il faut convenir que, pour envisager tous les cas possibles, on doit admettre bien d'autres combinaisons, et, en effet, que de fois, par exemple, une violence extérieure se produit sur l'hypocondre d'un individu atteint d'une hypérémie hépatique chronique, résultat d'une vieille dysenterie qui a porté dans l'organe des produits assez irritants pour le rendre maladif, mais assez peu putrides, ou bien en assez petite quantité pour ne pas provoquer des accès septicémiques du premier coup.

D'autre part, supposons une première atteinte de dysenterie retentissant sur le foie, et nous voyons une épine qui pourra un jour ou l'autre, par le fait d'une prolongation de séjour dans la contrée tropicale, aboutir à une suppuration pour la moindre raison. Enfin, on peut se représenter une première atteinte d'hépatite idiopathique se terminant

par une résolution imparfaite et entraînant une altération de la sécrétion biliaire qui, à son tour, peut engendrer la dysenterie, laquelle fournira à son heure des produits septiques qui provoqueront une hépatite dysentérique entée sur un substratum d'abcès tropical.

Toutes ces combinaisons, dont l'esprit entrevoit parfaitement la possibilité, se compliquent, s'additionnent, se multiplient, suivant le cas, en produisant, en définitive, des résultats tels qu'on a eu bien raison de dire depuis longtemps que l'abcès du foie est une maladie extrêmement grave, extrêmement dangereuse; et, en effet, à l'exception de cas simples ou bien dans lesquels, par un concours heureux de circonstances, les complications possibles ont fait toutes défaut, le danger ne peut, le plus souvent être conjuré et la vie du sujet menacée.

Il y aurait, on le comprend, le plus grand intérêt pour le médecin et la plus grande utilité pour le malade à faire le diagnostic différentiel, mais la chose n'est pas facile en général. On a bien dit, par exemple, que l'ictère est plus fréquent dans l'abcès dysentérique ou pyohémique que dans l'abcès tropical, mais le seul critérium solide que l'on ait est le commémoratif, et encore il est bien rare, que le sujet puisse dire, d'une manière bien positive, si les phénomènes d'hépatite ont précédé les poussées de dysenterie qu'il a eues ; si ces poussées ont été plus ou moins sévères, et encore on comprend que, dans l'immense majorité des cas. on ne peut avoir une opinion bien arrêtée à cet égard.

Qu'il soit dû purement à l'influence tropicale ou bien qu'il soit la conséquence d'un empoisonnement septique engendré par la dysenterie, l'abcès du foie a deux manières de procéder qui sont assez distinctes et que nous devions étudier séparément, sous le rapport des symptômes et de la marche

de la maladie. Tantôt il suit une évolution aiguë, tantôt il a des allures de chronicité.

Abcès marchant avec les allures de l'acuité. — Dans le cours d'une hépatite aiguë de nature tropicale ou dysentérique, on voit tout à coup se manifester les symptômes de l'abcès du foie, et ici plusieurs cas peuvent se présenter; tantôt l'inflammation, qui était vive et qui semblait n'être influencée en rien par la thérapeutique, s'arrête tout à coup plus vite presque que si la guérison par résolution survenait, tous les phénomènes aigus disparaissent, mais le sujet n'entre pas en convalescence cependant, et après deux, trois, cinq, huit jours d'un état insidieux qu'on ne pouvait définir, on constate les phénomènes sensibles ou rationnels de l'abcès du foie.

Tantôt, au contraire, les accidents graves vont en augmentant de nombre et d'intensité, le pouls devient concentré et irrégulier, de petites exacerbations fébriles viennent se surajouter à un état de fièvre continue déjà très accentué ; l'ictère se prononce un peu plus même quelquefois, et cela surtout quand il s'agit de l'abcès dysentérique. Puis des phénomènes, dits typhoïdes, se manifestent et le malade succombe bientôt aux progrès de la suppuration qui entraîne des accidents mortels d'infection putride. Disons que cet état est parfois si insidieux que la véritable maladie n'est reconnue qu'à l'autopsie, et c'est ainsi qu'on voit, dans les archives de tous les hôpitaux coloniaux, nombre de faits portés comme fièvre typhoïde, pleurésie, accès pernicieux pendant la vie du sujet, et comme abcès du foie à l'autopsie. Et il ne faut pas dans ces cas, accuser d'impéritie le médecin traitant, car nombre de fois le plus habile s'y serait trompé.

Abcès marchant avec les allures de la chronicité. — A

proprement parler, ce cas n'est que l'exagération de la première catégorie des précédents, c'est-à-dire que l'inflammation paraît tombée et qu'il s'écoule beaucoup plus de temps entre cette période d'inflammation et le moment où les phénomènes de l'abcès du foie se manifestent. Il arrive souvent que le sujet, au lieu de se relever après une atteinte aiguë d'hépatite, qui avait semblé n'avoir qu'une intensité médiocre, reste faible, s'amaigrit, voit sa peau prendre la teinte terreuse, etc., etc., et, dans ces cas, les médecins, qui ont une certaine habitude des maladies des pays chauds songent à l'abcès du foie et se trompent rarement dans leur diagnostic. Mais il ne faut pas croire que ce diagnostic soit toujours facile, et, en effet, le malade présente parfois des accès de fièvre réguliers ou irréguliers, avec frissons, chaleur, sueur, et plus d'une fois on croit aux phénomènes de l'impaludation au lieu d'y reconnaître les symptômes de la suppuration hépatique.

Les médecins qui n'ont pas pratiqué dans les pays chauds pensent que dans tous les cas d'hépatite ou d'abcès du foie, il y a douleur du côté spontanée ou provoquée par la pression ou la percussion, mais on ne tarde pas, dans les colonies, à constater le contraire, car la douleur est souvent nulle et, même alors qu'elle existait précédemment, il arrive souvent qu'elle diminue, et c'est à mesure que l'abcès progresse.

La respiration reste bien, courte et comme bridée dans plus d'un cas, mais ce symptôme est assez peu accusé dans bien d'autres pour passer inaperçu aux plus attentionnés. Les douleurs sympathiques de l'épaule, de l'aine, etc., etc., ne peuvent être invoquées de leur côté, car tantôt ces douleurs aiguës ou sourdes sont seulement l'indice d'une hépatalgie sans gravité, d'autres fois on voit une hépatite marcher jusqu'à la suppuration sans les avoir presentées.

On me permettra de ne pas m'étendre plus longuement sur l'exposition des symptômes de l'abcès du foie. Il me semble que, dans un travail de la nature de celui-ci, il suffit de dire que l'insidiosité est le caractère spécial de l'hépatite tournant ou non à l'abcès du foie, et après avoir recommandé aux jeunes médecins de surveiller de très près l'organe hépatique chez tous, et toujours, nous pouvons abandonner le sujet, ajoutant cependant que, quelle que soit leur attention, ils doivent s'attendre à être plusieurs fois trompés par cette affection insidieuse entre toutes.

L'abcès du foie une fois formé peut se terminer de plusieurs manières, quelle que soit son origine : il peut : A. se resorber ; B. s'ouvrir dans la poitrine, dans le péritoine, le tube intestinal, le rein ; C. cheminer vers le dehors soit par un chemin plus ou moins détourné. Nous ne reviendrons pas ici sur la distinction à établir entre l'abcès dysentérique et l'abcès tropical, car elle n'est plus à faire pour le cas présent, qui implique naturellement que les phénomènes généraux d'acuité, fièvre de résorption, dysenterie, etc., etc., sont devenus modérés pour donner à la maladie une évolution assez lente, sinon chronique, pour ainsi dire.

A. *L'abcès se résorbe.* — Si l'abcès se résorbe, les phénomènes vont diminuant et s'amendant peu à peu, puis disparaissent et la santé absolue ou relative s'observe enfin. Ces cas de résorption sont, je crois, infiniment plus fréquents qu'on ne croit et appartiennent autant à l'hépatite tropicale qu'à l'hépatite dysentérique. Les conditions ont été telles que la maladie n'a pas emporté le malade, qu'on me passe le mot, que l'affection locale a été assez minime pour ne pas terrasser la résistance vitale du sujet, et le sujet a guéri tout simplement et peu à peu : par la *vix medicatrix naturæ,* auraient dit les médecins du siècle passé.

J'ai cité, dans mon *Étude sur les maladies des Européens au Sénégal*, t. II, p. 39, une autopsie dans laquelle nous avons vu deux abcès de foie en voie de résolution ; ces faits sont assez fréquents dans les pays chauds pour qu'il soit inutile d'en rapporter d'autre ici.

B. *L'abcès s'ouvre dans la poitrine, le péritoine, l'intestin ou le rein.* Il faut parler séparément de ces diverses terminaisons qui diffèrent notablement sous le rapport des phénomènes comme de la gravité.

Poitrine. — Dans le cours de l'évolution de l'abcès du foie et à mesure qu'il avance vers le diaphragme, il y a des phénomènes d'irritation pleurale ou bronchique qui, dans les cas où les symptômes de l'abcès du foie avaient été obscurs, ce qui est fréquent, peuvent paraître essentiels. Le nombre de fois où j'ai vu un abcès du foie de cette catégorie être considéré comme une pleurésie ou une pneumonie simples par des médecins de grande valeur, est considérable. Je n'en citerai pas d'exemple, de peur que quelques camarades ne puissent se croire mis directement en cause pour cette erreur de diagnostic, mais j'insisterai sur le fait de la grande fréquence d'une telle erreur, qu'il ne faut pas mettre sur le compte de l'impéritie du médecin dans la grande majorité des cas.

Lorsque l'abcès s'ouvre dans la poitrine, il peut se présenter deux cas : Ou bien le poumon adhère à la plèvre enflammée, de sorte que le pus suit par un canal continu depuis le foie jusqu'aux grosses bronches, et le malade crache son abcès. Ou bien le poumon reste et le pus s'épanche dans la plèvre constituant une véritable pleurésie purulente.

La terminaison par ouverture dans le poumon et crachement de l'abcès est une des plus heureuses ; j'ai vu nombre de sujets guérir dans ces conditions, et si le trajet est assez

sinueux pour que le contact de l'air n'aille pas rendre l'abcès putride dans la glande hépatique, on voit souvent la question se réduire à une lutte entre le mal et les forces du sujet. Les forces sont-elles assez résistantes pour durer plus longtemps qu'il n'en faut à l'abcès pour se vider et à la réparation pour se faire : la guérison survient ; la condition contraire existe-t-elle : c'est la mort.

L'ouverture de l'abcès dans la plèvre est plus grave que la précédente, toutes choses égales d'ailleurs, mais aujourd'hui que nous avons les trocarts capillaires et l'aspiration, on peut, plus souvent que jadis, enlever une bonne partie du pus sans courir le risque de la transformation putride, et la guérison peut s'observer. Mais n'oublions pas de le spécifier, elle est beaucoup plus rare, car trop souvent, en soutirant le pus, on laisse entrer de l'air, ou bien même, par le fait de l'inflammation de la plèvre, la situation se complique au point de venir à bout de la résistance vitale du sujet.

Péritoine. — Il survient parfois spontanément et sans signe précurseur, mais le plus souvent, après des indices qui ont duré plusieurs jours, une douleur violente dans l'abdomen, qui s'empâte, se tuméfie, devient atrocement douloureux en même temps que la fièvre s'allume. Le pouls est petit, serré, extrêmement rapide, et bientôt le hoquet, l'agonie et la mort surviennent.

Tube digestif et rein. — Les signes précurseurs sont nuls, peut-on dire, tant ils sont obscurs, on n'est prévenu de l'ouverture que par l'apparition du pus dans les vomissements, les selles ou les urines. Je n'ai jamais vu, pour ma part, un abcès s'ouvrir dans l'estomac, mais j'en connais des exemples irrécusables. J'ai vu guérir aujourd'hui plus de vingt abcès ouverts dans l'intestin et un cas incontestable d'ouver-

ture dans le rein. L'évacuation d'un abcès du foie par l'intestin est, de toutes les terminaisons, la préférable après la résolution.

Ouverture au dehors. — Lorsque l'abcès doit s'ouvrir au dehors on voit une voussure du côté droit ou de l'épigastre se prononcer de plus en plus, un empâtement des tissus environnants se manifester peu à peu et devenir de plus en plus sensible ; la peau finirait même par s'amincir et se perforer dans certains cas, si on n'intervenait pas préalablement.

Nous aurons à revenir sur la complication hépatique de la dysenterie dans les chapitres où nous parlerons de l'anatomie pathologique et du traitement, aussi pouvons-nous arrêter ici ce que nous avions à dire touchant la symptomatologie.

PHLEGMON ILIAQUE

Dans quelques cas, on a vu une inflammation du tissu cellulaire qui entoure le cœcum se montrer comme complication de la dysenterie et prendre plus ou moins d'extension, arriver même au phlegmon iliaque. Le mécanisme de cette inflammation n'est pas difficile à comprendre, il se passe ici ce qui se passe parfois dans la fièvre typhoïde ; par exemple quand une typhlite se manifeste, ou bien lorsqu'à la suite d'un accouchement ou d'une phlegmasie interne, il se produit une inflammation de voisinage dans un des organes mitoyens du point malade.

On me permettra de ne pas entrer dans le détail des symptômes qui se manifestent dans le cas qui nous occupe, car comme la dysenterie n'est que la cause de cette affection de nature phlegmoneuse, pouvant aller depuis la simple phlegmasie du tissu cellulaire, jusqu'au phlegmon iliaque ou au psoitis, et qu'une fois que cette cause a agi, la maladie suit son cours ordinaire ; je serais entraîné à une description qui serait

non seulement longue, mais encore constituerait une digression injustifiée dans mon étude déjà bien étendue. Donc il m'aura suffi de signaler la possibilité de la complication, sans que je sois obligé d'insister plus longuement sur ce sujet

HÉMORRHOIDES

On a cité l'apparition des hémorrhoïdes comme une complication possible de la dysenterie, c'est qu'en effet, on comprend que le travail phlegmasique qui se produit dans le gros intestin puisse retentir sur la circulation veineuse voisine et provoquer cette congestion des veines hémorrhoïdes. Ces hémorrhoïdes ont ensuite disparu parfois avec la dysenterie, d'autres fois elles sont restées permanentes ; dans tous les cas, elles constituent une complication assez minime dans le cours de la maladie et peuvent, peut-être, plus souvent être classées parmi les complications proprement dites.

TÆNIA

Le tænia se rencontre si fréquemment chez les sujets qui ont contracté la diarrhée chronique dans certaines colonies, comme la Cochinchine ou le Sénégal, ou bien chez ceux qui, atteints de flux de ventre dans nos pays, ont été soumis au régime de la viande crue ou à peine cuite, qu'il est nécessaire aujourd'hui de nous occuper de cette complication avec quelque soin ; car comme ce tænia est une cause de débilitation et que la maladie que présentent les individus qui nous occupent actuellement est une de celles qui débilitent le plus de leur côté, il est de toute nécessité d'expulser de bonne heure le parasite pour avoir quelque chance de guérir vite et bien les intéressés.

Pendant que je dirigeais le service médical du grand hô-

pital de Saint-Mandrier, j'ai eu un grand nombre de fois à soigner cette complication du tænia dans la dysenterie et la diarrhée chroniques, j'ai publié à cette époque une série de mémoires sur ce point de pathologie dans le *Bulletin général de thérapeutique* (t. XCVI à t. XCIX : 1879 à 1880) ; et c'est à eux que je vais faire des emprunts pour ce que j'ai à dire ence moment.

C'est le tænia inerme que pour ma part j'ai rencontré toujours et c'est probablement lui que l'on trouve le plus souvent dans la pratique de nos jours, mais cependant, il faut être prévenu que le tænia armé ou telle autre variété pourrait se rencontrer, chose de peu d'importance en somme, car elle n'influe en rien sur le traitement.

Le tænia qui est très fréquent dans un grand nombre de pays, tend, dirait-on, à envahir le nôtre depuis une vingtaine d'années. J'ai montré dans le *Bulletin de thérapeutique* (1879), que dans une période de vingt ans de 1860 à 1879, il avait augmenté graduellement de telle sorte que, constituant le 0,02 p. 0/0 des entrées totales de l'hôpital de Saint-Maudrier au début de cette période, il entrait pour le 1,15 p. 0/0 dans les entrées totales à la fin. J'ai donné dans le travail précité les causes de cette augmentation qui me paraissent être au nombre de trois à savoir : 1° l'occupation de la Cochinchine par nos troupes et l'extension de nos relations avec le Sénégal ; 2° l'introduction de plus en plus grande des bœufs algériens dans la consommation de viande du midi de la France ; 3° l'extention de la médication à la viande crue et à la viande saignante depuis que l'anémie est incriminée plus volontiers comme cause ou complication d'une infinité d'états morbides.

Quel est le moment de l'année où le tænia se rencontre le plus souvent dans la pratique ? telle est la question qui devait me préoccuper : on le comprend. En totalisant mois par mois

593 faits que j'ai étudiés, je suis arrivé à reconnaître que dans le midi de la France, les mois de janvier et de février sont les moins chargés, tandis que ceux d'août et de septembre l'étaient davantage, et pour rendre les différences plus sensibles, j'ai rapporté les chiffres à un même dénominateur. Or, en supposant qu'il s'agisse de 1,200 cas de tænia, on comprend que si les cas s'échelonnaient d'une manière égale le chiffre mensuel serait toujours de 100, tandis, au contraire, que j'ai trouvé pour janvier, 79 ; — février, 75 ; — mars, 85 ; — avril, 87 ; — mai, 114 ; — juin, 97 ; — juillet, 105 ; — août, 142 ; — septembre 135 ; — octobre, 117 ; novembre, 81 ; décembre, 93.

En groupant les mois, nous voyons que de mai à octobre inclus nous avons 700 cas, tandis que de novembre à avril inclus nous n'en avons que 500.

Comme tous les individus, qui entrent à l'hôpital pour le tænia, ne sont pas, au moment de la première apparition des cucurbitains dans les selles, et que plus d'une fois ils reviennent à deux ou trois reprises, la différence entre les mois d'été et ceux d'hiver est moins marquée. Mais, au contraire, si nous ne tenions compte que des malades qui sont à leur première atteinte et qui viennent de découvrir des cucurbitains dans leurs selles, nous verrions que dix sur douze se présentent pendant les trois mois de juillet, août et septembre ; deux à peine sur douze pendant les neuf autres mois. Or, l'expulsion spontanée des cucurbitains, peut être considérée comme l'indication que le ver est arrivé à sa période d'état adulte, si une telle expression est de mise pour un animal composé de segment d'âges différents. D'autre part, si nous nous souvenons des expériences faites par divers médecins sur l'ingestion des germes de tænia, notamment de celles de Leuckart qui, donnant des cysticerques ladriques au commencement d'août à un jeune homme vit, apparaître des proglottis spontanément

dans les selles le 25 octobre suivant, nous pouvons admettre qu'il faut quatre-vingt-dix à cent vingt jours au tænia, pour prendre son extension normale. En conséquence de la grande fréquence des expulsions en juillet, août, septembre et octobre, on peut inférer que les germes qui l'introduisent à toute époque de l'année dans notre corps ont infiniment plus de chances de se développer en avril, mai et juin, qu'à n'importe quel autre moment, la chose se comprend sans peine, l'œuf du tænia subit dans l'hémisphère nord les mêmes influences que les autres germes végétaux ou animaux. Le fait sans être anormal ou extraordinaire avait besoin d'être vérifié et peut être considéré désormais comme démontré par l'observation.

Quelle est la longueur des tænias qui vivent dans l'intestin humain? Cette question est encore assez controversée, car certains auteurs ont cru à des chiffres considérables, 30, 40 mètres par exemple, tandis que d'autres pensent que 5, 6, 8 mètres, sont des longueurs rarement dépassées. Chez 142 individus qui ont rendu un seul tænia dans mon service de Saint-Mandrier, j'ai fait mesurer le ver et j'ai trouvé les chiffres suivants : au-dessous de 2 mètres 19, soit le 13,4 p. 0/0 ; — de 2 à 3 mètres 15, soit 10,5 p. 0/0 ; — de 3 à 4 mètres 20, soit 14 p. 0/0 ; — de 4 à 5 mètres 16, soit 11,3 p. 0/0 ; — de 5 à 6 mètres 14, soit 10,0 p. 0/0 ; — de 6 à 7 mètres 17, soit 11,9 p. 0/0 ; — de 7 à 8 mètres 11, soit 7,8 p. 0/0 ; — de 8 à 9 mètres 11, soit 7,8 p. 0/0 ; — de 9 à 10 mètres 4, soit 2,8 p, 0/0 ; — de 10 à 11 mètres 6, soit 4,2 p. 0/0 ; de 11 à 12 mètres 1, soit 0,7 p. 0/0 ; de 12 à 13 mètres 1, soit 0,7 p. 0/0 ; — de 13 à 14 mètres 2, soit, 1,4 p. 0/0 ; — de 14 à 15 mètres 2, soit 1,4 p. 0/0 ; — de 15 à 16 mètres 2, soit 1,4 p. 0/0 ; — de 16 à 17 mètres et de 17 à 18 mètres aucun ; de 18 à 19 mètres 1, soit 0,7 p. 0/0 ; — de 19 à 20 mètres, aucun.

En d'autres termes 49 fois pour 0/0 le ver avait moins de

5 mètres de longueur : 40 fois p. 0/0, il avait de 5 à 10 mètres ; 9 fois p. 0/0, il avait de 10 à 15 mètres, et enfin, 2 fois p. 0/0, il avait de 15 à 20 mètres.

Chez douze individus qui rendirent plusieurs tænias à la fois, j'ai trouvé les longueurs suivantes : — n° 1 : 3 tænias mesurant ensemble 20 mètres, — 1 un peu plus gros que les deux autres ; — n° 2 : 2 tænias d'égale grosseur mesurant ensemble 18 m. 50 ; — n° 3 : 2 tænias mesurant ensemble 12 mètres, — 1 un peu plus long que l'autre ; — n° 4 : 12 tænias mesurant ensemble 50 mètres d'égale longueur à peu près ; — n° 5 : 2 tænias mesurant ensemble 20 mètres, — d'égale longueur à peu près ; — n° 6 : 2 tænias mesurant ensemble 12 mètres, — l'un de 8 m. 50, l'autre de 3 m. 50 ; — n° 7 : 2 tænias mesurant ensemble 18 mètres, — d'égale longueur à peu près ; — n° 8 : 5 tænias mesurant ensemble 17 m. 50, — d'égale longueur à peu près ; — n° 9 : 2 tænias mesurant ensemble 25 mètres, — d'égale longueur à peu près ; — n° 10 : 2 tænias mesurant ensemble 38 m. 10 (21 m. 45, pesant 342 grammes, et 16 m. 65, pesant 183 grammes : poids total : 525 grammes) ; — n° 11 : 3 tænias mesurant ensemble 33 mètres, — d'égale longueur à peu près ; — n° 12 : 2 tænias mesurant ensemble 7 m. 15 (3 m. 50 et 3 m. 65).

On a signalé depuis longtemps la présence simultanée de plusieurs tænias dans l'intestin. Davaine (*Entoz.* p., 96) parle de 18 qui auraient été trouvés par Gérard Nitert, médecin hollandais chez une femme ; on a parlé de 21, de 41 même. Pour ma part, je n'ai pas vu des chiffres aussi considérables ; mais cependant j'en ai vu expulser une fois douze avec leur tête sans qu'il pût y avoir erreur ou contestation (Voir *Bull. gén. de thér.* t. XCVI, p. 308).

J'ai eu l'idée de rechercher la provenance des tænia multiples que je voyais expulser et voici les résultats auxquels je suis arrivé : 16 sujets venant des colonies et 6 n'ayant jamais

quitté la France avaient deux tænias; 3 sujets venant des colonies et 2 n'ayant jamais quitté la France avaient trois tænias; 4 sujets venant des colonies et 1 n'ayant jamais quitté la France avaient quatre tænias; 1 sujet n'ayant jamais quitté la France avait cinq tænias; 4 sujet n'ayant jamais quitté la France avait douze tænias.

Par conséquent, sur 34 sujets présentant plusieurs tænias, 23, c'est-à-dire le 68 p. 0/0 provenaient des colonies et comme sur 100 tænias reçus à Saint-Mandrier où j'ai fait mes observations 77 p. 0/0 venaient de Cochinchine, et 8 p. 0/0 des autres colonies, c'est-à-dire 85 p. 0/0 avaient une origine exotique, il s'ensuit que les indivldus qui ont contracté le tænia en France ont beaucoup plus souvent présenté plusieurs tænias à la fois.

Les chiffres que je viens de fournir ont le grand inconvénient de n'être pas assez nombreux pour être très concluants, mais néanmoins ils méritent de fixer l'attention, car il n'est pas impossible qu'il y ait dans la divergence que je signale quelque chose qui mette sur la voie d'une étiologie différente du tænia suivant qu'on le contracte aux colonies ou en Europe. Si comme je suis porté à le penser, la majorité des tænias, pris en Cochinchine et au Sénégal provient de l'eau d'alimentation, tandis que celle de tænias de France et d'Algérie est fournie par la viande de bœuf insuffisament cuite, il en résulterait que lorsque l'on contracte le tænia directement de la chair du bœuf on a la chance d'en absorber plusieurs germes à la fois.

Il y a dans la science quelques rares faits affirmant que des individus ont pu vomir leur tænia, ce qui prouve que le ver remonte parfois dans l'estomac. J'ai eu la bonne fortune de recuillir un cas de ce genre à Saint-Mandrier. Je n'ai pas vu moi-même le ver sortir par un effet de vomissement et je

fais remarquer que je ne connais le fait que par ouï-dire. Mais cependant les circonstances furent telles, que je suis absolument disposé à admettre la chose comme bien réelle. Un jour, en effet, où j'avais prescrit le matin de la pelletiérine à un soldat d'infanterie de marine, il me montra à la contre-visite de l'après-midi un fragment de tænia long de deux mètres qu'il me dit avoir rendu par la bouche, il avait été pris de nausées, avait vomi des matières liquides à diverses reprises et à un moment donné un peloton de ver avait été rendu ainsi. L'événement s'était passé devant l'infirmier, dans la salle et en présence d'une douzaine de malades, chacun des témoins m'affirma le fait, et comme personne ne savait que c'était chose exceptionnelle, je crois fermement que tant de braves gens ne m'ont pas trompé.

Les individus que j'ai observés dans ma pratique étant surtout des militaires adultes dans la force de l'âge, il est naturel que j'aie vu chez eux moins que chez d'autres sujets ces accidents attribués par les auteurs à la sympthomatologie du tænia. A mon souvenir, il y a eu sur environ six cents individus porteurs du parasite, deux cas seulement où des phénomènes réactionnels nerveux ont été assez prononcés pour frapper l'attention.

La dyspepsie avec augmentation, diminution ou perversion de l'appétit, la diarrhée, les coliques, un sentiment de reptation dans l'intestin, une sensation de fatigue, etc., etc., ont été accusés par plusieurs malades, mais un plus grand nombre d'entre eux ne s'est aperçu de la présence du tænia que par la présence des cucurbitains dans les selles et l'expulsion spontanée de quelques-uns d'entre eux en dehors des moments de la défécation. L'immense majorité n'éprouvait, par le fait de la présence de l'helminthe, aucun accident et même aucun phénomène de quelque importance.

AFFECTIONS PULMONAIRES

Dans maintes circonstances on voit une affection pulmonaire venir compliquer la dysenterie. Cette complication peut se présenter dans deux conditions très différentes et c'est ainsi que les unes semblent être l'apanage de la dysenterie aiguë, tandis que les autres sont le domaine des flux chroniques.

Affections aiguës. — Les affections pulmonaires qui surviennent parfois dans la dysenterie aiguë sont : la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, la broncho-pneumonie, en un mot des atteintes aiguës qui ont justifié jusqu'à un certain point les idées de quelques auteurs touchant les métastases, ou celles de Stoll, par exemple qui, croyant à la nature rhumatismale de la dysenterie, se basait là-dessus pour voir le rhumatisme capable de frapper les articulations, le tube digestif, ou l'appareil respiratoire par une simple variation du lieu de l'élection.

D'autres auteurs, au contraire, niant toute solidarité entre les divers phénomènes morbides, ont rattaché l'affection pulmonaire constatée, à un refroidissement du corps pendant l'émission des selles, et n'ont vu absolument qu'une pure coïncidence dans l'apparition de ces phlegmasies respiratoires.

Quelle opinion aurons-nous au sujet de ces complications pulmonaires possibles dans le cours de la dysenterie aiguë? Ma foi ! j'avoue que je penche volontiers vers l'idée que ces complications peuvent être liées au flux de ventre et que l'on voit rarement, je veux bien l'admettre, mais quelquefois d'une manière tout à fait incontestable, quelque chose qui pourrait être considéré comme une sorte de métastase.

Comment expliquerions-nous dans l'opinion contraire ces cas cités par Cornuel, par exemple, de trois individus qui

dans le cours de la dysenterie aiguë furent atteints de pneumonie qui, à mesure qu'elle se développait, voyaient amender paralèllement la phlegmasie intestinale et qui fit place de nouveau à cette phlegmasie intestinale à mesure qu'elle céda.

Sans vouloir théoriser et fournir des explications qui auraient l'inconvénient d'apporter dans le débat des idées dogmatiques susceptibles d'être battues en brèche par les faits, dans d'autres cas, je crois qu'on peut admettre le fait dans sa simplicité, à savoir que si le plus souvent le refroidissement du corps pendant que le malade va à la selle peut être la cause d'une affection aiguë de la poitrine, dans certains cas rares, on voit néanmoins, au cours d'une dysenterie aiguë une phlegmasie pulmonaire surgir sans que cette cause doive être invoquée. Les symptômes ne présentent rien de spécial, et, par conséquent, ne méritent pas de nous arrêter plus longtemps. Quant aux indications thérapeutiques elles ne sont pas difficiles à saisir. Le médecin porte ses soins et sa sollicitude dans la direction que réclame la maladie, et d'ailleurs, l'ipécacuanha qui est souverain pour la dysenterie n'a-t-il pas une efficacité de premier ordre dans les affections aiguës de la poitrine.

Tuberculisation pulmonaire. — Dans le cours des flux de ventre chroniques, on voit aussi survenir assez fréquemment des complications pulmonaires et c'est surtout la tuberculisation qui se montre alors, car la pneumonie, la pleurésie, la bronchite qui peuvent s'observer chez les individus de la catégorie dont nous parlons, sont surtout et très généralement des coïncidences ou plutôt des accidents concomittants, le résultat d'un refroidissement éventuel et tout à fait dû à l'action du hasard ou à une imprudence.

Dans les flux de ventre chroniques, comme dans une infinité d'affections, la tuberculisation pulmonaire est la ma-

die de misère physiologique qui vient compliquer la situation et terminer une existence rendue précaire par la maladie primitive. A ce titre, la chose se comprend si bien qu'il est inutile, dans le moment présent, d'entrer dans de plus longs détails.

La phthisie, quand elle vient compliquer la diarrhée chronique, a une marche rapidement funeste, la chose se comprend si bien en songeant à l'état de débilitation de l'organisme que nous n'avons pas besoin d'en parler davantage.

Les indications thérapeutiques que présente l'état dont nous parlons sont assez facilement saisies par l'esprit : il faut de toute nécessité faire sortir au plus vite le sujet de ce cercle vicieux qui aboutirait fatalement, et bientôt, à la mort, et malheureusement il est plus facile de le formuler que d'atteindre le but. Je crois inutile d'entrer dans plus de spécifications à ce sujet. Ces indications thérapeutiques de la tuberculisation des individus déprimés par l'existence d'une maladie chronique sont si bien établies aujourd'hui qu'il me suffit, je crois, de renvoyer le lecteur aux livres classiques qui ont traité le sujet avec un talent et une autorité qui ne sont pas mon apanage.

TROUBLES URINAIRES

L'apparition de troubles fonctionnels dans l'appareil urinaire est assez fréquente dans la dysenterie, pour que Stoll ait pu dire que parfois la maladie se jetait sur la vessie.

Quelques auteurs ont voulu chercher des relations entre la sévérité des phénomènes et telle forme de la dysenterie, l'intention est louable, le résultat n'a pas encore couronné leurs tentatives. Nous savons bien jusqu'ici que ces phénomènes urinaires sont fréquents, mais de là, à reconnaître par

leur examen, si c'est à la dysenterie inflammatoire ou gangréneuse, si c'est une phlegmasie de la première ou de la dernière portion du gros intestin, il y a loin et le voile de l'indécision n'est pas levé jusqu'ici.

Il n'est pas nécessaire que l'atteinte soit bien grave pour qu'on se trouve en présence de ces troubles urinaires et, en effet, dans la diarrhée aiguë légère déjà, on constate facilement, ainsi que je l'ai dit en détail précédemment que pendant l'acuité des coliques, le malade n'urine pas et au contraire que lorsqu'il excrète une certaine quantité d'urine c'est le signal d'une rémission dans ses coliques. C'est au point, ai-je dit, que lorsque le sujet est sur le vase, on ne peut le décider à se lever que lorsque, les coliques cessant, il émet de l'urine. S'il n'a pas pissé encore, il vous l'indique et ne veut pas se recoucher sachant bien qu'il va de nouveau avoir des coliques et une selle à très bref délai.

L'examen anatomique des organes nous explique très bien ces phénomènes : les nerfs proviennent d'une même origine ou ont des connexions si étroites qu'il y a un consensus bien établi entre le rectum et le col de la vessie, je n'ai pas besoin d'insister là-dessus, le lecteur le sait aussi bien que moi.

Dans les flux de ventre aigus les troubles urinaires sont fréquents, pour peu que la dysenterie soit sévère ; on voit de la chaleur dans le canal de l'urèthre au moment de l'émission de l'urine, un ténesme du col de la vessie, comparable à celui du sphincter anal, tous les phénomènes de la dysurie et même de la strangurie dans les cas les plus sévères. C'est au point que, dans plus d'une circonstance, il faut que le médecin dirige certains moyens de traitement du côté de ces organes urinaires pour tâcher de diminuer les souffrances du sujet.

Dans la dysenterie grave, et c'est presque toujours la forme gangreneuse que l'on voit alors, la dysurie peut atteindre des limites très fâcheuses, le sujet tourmenté par un besoin incessant d'uriner, peut ne plus évacuer spontanément son urine, de sorte que la vessie reste distendue, si on n'intervient pas ; dans d'autres cas, au contraire, la miction se faisant goutte à goutte, à mesure de l'arrivée du liquide par les artères dans la vessie, le tourment est occasionné par une sensation subjective sans que le réservoir urinaire contracté contienne le moindre liquide.

Mais une preuve que nous pouvons donner de l'indépendance qu'il y a souvent entre les phénomènes morbides de la dysenterie et ceux de l'appareil urinaire, c'est que dans la rectite qui dans l'immense majorité des cas est une affection bénigne d'une manière générale, on voit souvent la dysurie, le tenesme vésical, la strangurie, être très accusés.

Dans la dysenterie ou la diarrhée chronique il arrive parfois que la vessie devient inerte, de sorte que le malade a une véritable retention d'urine qu'il faut combattre par le cathétérisme.

On comprend que sous l'influence de cette dysurie et de ces contractions incessantes de la vessie, le réservoir urinaire peut s'irriter et devenir à son tour le siège d'une phelgmasie. D'un autre côté il est naturel de penser que le liquide urinaire secrété par des organes surexcités et passant sur une muqueuse plus ou moins malade peut être modifié dans sa composition, de manière à devenir à son tour une source d'accidents plus ou moins sérieux. Ajoutons que des phénomènes morbides pareils se montrent chez les individus qui ne présentaient jusque-là aucun trouble, ni aucune lésion des parois urinaires, la situation peut être sensiblement plus aggravée si le sujet était porteur d'une épine antérieure de ce

côté. Les vieillards, les calculeux, les graveleux, peuvent, on le comprend facilement, être exposés par la dysenterie à des chances d'accidents plus sérieux que les autres du côté des organes urinaires.

SCORBUT

Les auteurs comptent le scorbut au nombre des complications de la dysenterie. Cambay a même décrit une dysenterie scorbutique à côté de l'inflammatoire et de l'hépatique. On ne saurait dire qu'ils ont tort, mais nous devons faire remarquer que le scorbut tend à diminuer de fréquence d'une manière générale sous l'influence d'une infinité de causes telles que la rapidité des traversées nautiques, la fréquence des communications d'un point à un autre qui permet une alimentation plus variée et plus salubre dans des conditions où, précédemment les privations les plus dures étaient la chose commune. Or, il est naturel que ce scorbut s'observe parallèlement moins dans la dysenterie où il se présente à titre de complication.

Le scorbut s'observe en général dans le cours des flux du ventre chroniques, diarrhée ou dysenterie. On a accusé le bismuth de favoriser son apparition et on a fait à ce sujet des théories chimiques plus ou moins séduisantes de son action sur le sang par le fait des modifications qu'il éprouve dans l'organisme, mais la question est loin d'être jugée encore. On a accusé aussi la médication antiphlogistique, c'est-à-dire les émissions sanguines, de le produire. Il est plus exact de dire que la diminution est, comme nous l'avons spécifié, le résultat de causes complexes et nombreuses.

Nous n'avons pas à faire ici la symptomatologie complète de scorbut, nous dirons seulement que les altérations de la bouche, quoique se montrant, sont en général moins

graves et moins accentuées que lorsque le scorbut s'est développé sans dysenterie préalable et que le piqueté scorbutique et les ecchymoses se rencontrent en revanche jusque dans les tuniques du tube digestif.

Le pronostic de la complication scorbutique est grave dans les flux de ventre chroniques et la chose se comprend très bien ; car les deux affections réagissent l'une sur l'autre et il est plus d'une fois difficile de faire sortir le malade du cercle vicieux dans lequel il se trouve placé.

Le traitement du scorbut qui vient compliquer la dysenterie présente plus d'une difficulté, on le devine, parce que l'alimentation est plus difficile à régler chez eux que chez les autres. Nous aurons à nous en occuper d'une manière toute spéciale quand nous serons au chapitre de la thérapeutique des flux du ventre.

HYDROPISIES

Dans les flux de ventre chroniques on voit parfois des épanchements séreux se manifester, ils sont moins fréquents dans ces flux de ventre que dans les cas d'anémie pure idiopathique ou paludéenne, la chose se comprend très bien par la déperdition incessante de liquide qui se fait à travers l'intestin ; mais cependant ces hydropisies sont loin d'être rares.

Le liquide s'épanche généralement dans les membres inférieurs tout d'abord, il apparaît primitivement sous forme d'œdème des malléoles pouvant disparaître par le décubitus dorsal. Puis si la maladie générale ne s'améliore pas, cet œdème peut augmenter, envahir le restant du membre et arriver plus ou moins haut.

Dans quelques cas, on a constaté l'œdème d'un seul

membre abdominal et surtout du gauche ; la chose était assez remarquable pour frapper les observateurs.

Haspel a donné la raison anatomique de cet œdème du membre abdominal gauche : l'S iliaque du colon, qui est si souvent et le plus fréquemment même le point le plus malade, comprime un peu la veine iliaque gauche et ralentit d'autant la circulation de ce côté.

Les hydropisies peuvent se produire dans les flux de ventre chroniques par un autre mécanisme : je veux parler des altérations de texture que subit le foie dans quelques-unes de ces circonstances, mais comme elles ne diffèrent en rien de ce qui se voit dans des cirrhoses, soit atrophique, soit hypertrophique, nous pouvons ne pas nous y arrêter plus longuement.

COMPLICATIONS DIVERSES

Nous avons énuméré déjà nombre de complications qui s'observent plus ou moins rarement dans la dysenterie et cependant il en reste plusieurs autres à citer quand on veut être complet, mais vu leur peu de fréquence et même leur étrangeté, dirons-nous, il nous a paru possible de les réunir toutes dans ce paragraphe qui est un peu comme, ce que les anciens chimistes appelaient le *Caput mortuum*, c'est-à-dire le reliquat dans lequel on laisse les éléments inemployés ou inconnus jusque-là.

Quelques auteurs ont parlé d'éruptions particulières survenant à la peau dans le cours de la dysenterie, érysipèles, bulles, rougeole, scarlatine, variole, furoncles, charbon, bubons, etc., etc. Nous ne nous arrêterons pas sur elles; car il a été plus question de ces cas, de ces pyrésies essentielles comme le typhus, la fièvre typhoïde, etc., etc., que de la dysenterie proprement dite ; disons seulement

que les fièvres éruptives qui surviennent sur les diarrhéiques sont très dangereuses, trouvant un organisme déprimé et peu capable de réaction.

M. Normand dit dans son remarquable mémoire qu'il a vu un diarrhéique de Cochinchine être atteint à l'hôpital Saint-Mandrier de fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Ses selles changèrent d'aspect et ressemblèrent absolument aux selles des typhoïdes, et reprirent le cours spécial de la diarrhée de Cochinchine pendant la convalescence. La guérison survint.

On a signalé l'ictère des pays chauds comme pouvant compliquer la diarrhée coloniale, mais les deux affections sont si différentes et se passent si loin l'une de l'autre dans l'organisme que nous n'avons pas à nous en occuper.

Dans le courant des siècles précédents, on prêtait aux vers une influence très grande sur la production des maladies et il n'est pas étonnant que dans ces conditions, on avait observé que certaines atteintes de dysenterie étaient accompagnés d'helminthes intestinaux.

Nous trouvons dans le livre de Walleix (*Guide du médecin praticien*, t. III, p. 21) l'indication fournie par le Dr Mayne (Dublin, *Quat jour. of med.*, t. X, p. 252) de complications étranges observées dans une épidémie qui régna en Irlande. C'étaient d'abord, dit-il, une inflammation des veines inférieures : la forme adhésive se montrait surtout quand la maladie était déjà ancienne et la forme suppurative pendant la période d'acuité. Une seconde complication était l'hydropisie des organes parenchymateux ou des membranes séreuses, en particulier de l'arachnoïde et enfin une complication plus curieuse encore, et qui se montrait surtout dans les cas très anciens, était l'apparition d'une salivation intermittente, sans fétidité d'haleine, sans ébranle-

ment des dents, alternant avec des symptômes cérébraux ou intestinaux.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut indiquer d'une manière satisfaisante la signification de pareils phénomènes. Dans quelles mesures appartiennent-ils réellement à la dysenterie? — Voilà même la question qu'on peut se poser, aussi aura-t-il suffi, je pense, de les signaler sans qu'il soit nécessaire de nous étendre davantage sur leur compte.

CHAPITRE CINQUIÈME

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — CONVALESCENCE. — RECHUTES. — RÉCIDIVES. — RELIQUATS. — GRAVITÉ. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

MARCHE

Il n'est pas possible de dire quelque chose de général touchant la marche de la dysenterie, la maladie pouvant avoir les allures de l'acuité ou de la chronicité à tous les degrés; aussi envisagerons-nous successivement les flux de ventre aigus, ceux de transition et les chroniques, pour dire comment ils se comportent d'habitude.

A. Diarrhée aigue

La diarrhée aiguë a d'ordinaire une marche bien tranchée; l'orage pathologique paraît, se manifeste, et dans un, ou au plus quelques jours atteint la convalescence par un amendement des symptômes, ou bien arrive au 2e degré par leur aggravation. Mais si telle est la règle dans les conditions les

plus nombreuses, il faut reconnaître que dans nombre d'autres, par exemple dans les pays chauds, chez les individus minés par une préparation morbide ou hygiénique antérieure, on voit cette diarrhée aiguë se prolonger avec des hauts et des bas, de telle sorte qu'il arrive un moment où, sans que le malade et le médecin aient pu indiquer l'époque précise de la transition, on se trouve en présence de la diarrhée chronique. De sorte qu'en définitive, si nous voulons conclure touchant la marche de la diarrhée aiguë, nous dirons que toutes les allures de franchise ou d'insidiosité peuvent se présenter, et quand nous disons insidiosité, que le lecteur ne croie pas à une exagération de notre part, car il n'est pas sans exemple qu'une diarrhée aiguë qui n'a jamais paru être assez intense pour mériter le nom de dysenterie (2e degré, intensité moyenne), ait conduit le sujet à l'abcès du foie, à l'algidité cholérique ou à un état de débilité générale avec dyspepsie, etc., etc., qui sont habituellement l'apanage des degrés plus sévères des flux de ventre.

B. Dysenterie aigue

La dysenterie proprement dite a une marche variable suivant les cas ; ou bien elle aboutit assez vite et assez bien à la guérison, ou bien elle tend à l'aggravation avec les allures de l'acuité. Mais dans un très grand nombre de circonstances, soit avec les allures de l'acuité, soit avec celles de l'insidiosité, elle se transforme en dysenterie chronique, de sorte, on le voit, que tous les cas sont possibles ici comme pour le degré précédent. Nous aurions à répéter, si nous n'étions retenu par la crainte de donner à notre étude une trop grande étendue, nous aurions à répéter, dis-je, tout ce que nous avons formulé au sujet de la diarrhée ; et c'est qu'en effet le lecteur doit bien se persuader que toutes les allures possibles peuvent

être observées suivant les circonstances si variées et les individus si différents qui fournissent un aliment à la maladie.

C. Flux de transiton

Les flux que j'ai appelés de transition pour les caractériser plus facilement d'un mot, et qu'on pourra dénommer ultérieurement plus heureusement d'une manière différente, ont très généralement les allures d'un état mixte, c'est-à-dire font assez souffrir le malade pour avoir de prime abord la marque de l'acuité, et cependant restent assez longtemps stationnaires sans provoquer des accidents graves ou passer à l'état chronique. Plus que les flux aigus et chroniques, ils constituent une maladie localisée en un endroit peu étendu, et leur siège, tout en entraînant des douleurs parfois très désagréables au sujet, permet la prolongation de la maladie sans compromettre l'intégrité des fonctions par ailleurs; aussi n'est-il pas rare de voir ces flux dits de transition rester pendant un temps très long dans un état stationnaire, pour ainsi dire absolu, ne marchant ni vers la guérison, ni vers l'aggravation.

D. Flux chroniques

Les flux chroniques, lorsqu'ils ne sont pas atteints par une médication assez énergique pour les mener à guérison, et souvent ils résistent à cette médication, nous le savons, ont une marche obstinée, sinon rapide et assurée, peut-on ajouter, vers l'aggravation ; ils détruisent peu à peu les organes sur lesquels ils évoluent et attaquent les fonctions vitales avec une précision et un complet des plus fâcheux ; aussi finissent-ils, tôt ou tard par avoir une issue funeste si la thérapeutique, aidée par le changement d'air, de milieu, d'hygiène, etc. etc., ne parvient pas à rompre le cercle vicieux dans lequel le malheureux malade est entré.

DURÉE

La dysenterie présente tant de différences suivant les diverses formes qu'elle affecte, suivant son degré de gravité et son allure d'acuité ou de chronicité, qu'il n'est pas possible de parler de sa durée sans faire des coupures et établir des subdivisions. Nous n'avons même pas l'espoir de pouvoir déterminer cette durée d'une manière précise, car étant soumise à maintes et maintes conditions dépendantes de l'individu, ou étrangères à lui, il n'est pas extraordinaire de la voir durer plus ou moins, suivant les cas, dans une très grande limite toutes choses égales d'ailleurs.

Toutefois on peut dire que la marche de la dysenterie aiguë est rapide, de sorte que, dans son degré léger, sa durée n'est parfois qu'éphémère, dans les autres, elle ne reste pas stationnaire en général, et on la voit le plus souvent marcher d'une manière assez rapide soit vers l'amélioration, soit vers l'aggravation.

Le degré le plus léger ou diarrhée aiguë peut durer à peine quelques heures, et la convalescence ne prenant qu'un ou deux jours, toute la maladie, si ce mot est applicable à cette même indisposition, a évolué en moins d'une semaine.

La dysenterie proprement dite, dans la forme la plus bénigne et le degré le plus favorable, dure au moins cinq jours, sept en moyenne. On doit compter un temps égal au moins pour la convalescence.

Enfin les cas graves durent pendant deux ou trois septénaires et prennent au moins deux semaines en plus pour la convalescence ; car il ne faut pas oublier que cette convalescence étant très fragile dans les premiers temps, il est nécessaire de la surveiller avec un soin tel que le sujet peut se considérer comme toujours malade pendant ce temps.

La durée du flux de transition est beaucoup plus longue en général, mais ne peut être spécifiée même d'une manière approchée, car dans certains cas les ulcérations de la muqueuse se cicatrisent avec une extrême facilité, tandis que dans d'autres il faut un temps plus long et une insistance beaucoup plus grande. Dans les flux de transition plus que dans la dysenterie aiguë peut-être, la convalescence est extrêmement fragile et un rien suffit pour tout remettre en question ; aussi comprend-on qu'il faille être très réservé sur la question de la durée de la maladie.

Quant aux flux de ventre chroniques, il est absolument impossible de fixer leur durée, même de la manière la plus vague ; on les a vus durer des mois ou des années, suivant les cas, et leur convalescence est si longue, soumise à tant de traverses, d'aléas, etc., etc., que ce n'est qu'après plusieurs années qu'on peut assurer que le sujet est bien réellement guéri.

TERMINAISONS

La dysenterie peut se terminer de trois manières : 1° par la guérison ; 2° par la mort; 3° par l'état chronique ou l'infirmité ; on le voit, rien ne saurait être plus vague que cette exposition, rigoureusement exacte cependant.

La guérison est une terminaison fréquente heureusement, elle survient toujours peut-on dire dans les cas légers assez souvent même dans les cas graves, mais nous devons reconnaître que cette guérison est soumise à plus d'une condition, et, en effet, si on est dans un pays où la dysenterie ne règne pas habituellement, si le sujet est dans de bonnes conditions par ailleurs, et enfin, s'il y a un concours de circonstances favorables, comme cela se voit dans les diverses contrées de la France, par exemple, en temps ordinaire, cette guérison n'est pas chose difficile à obtenir et

sa solidité est satisfaisante. Au contraire, se trouve-t-on dans les conditions opposées, elle est, on le comprend, moins assurée et moins facile à obtenir. Nous avons vu, dans le chapitre premier, combien les divers pays du globe sont différents les uns des autres sous ce rapport.

Il est inutile, je crois, de parler bien longuement de la terminaison de la maladie après avoir présenté la question de cette manière, et le lecteur comprend que, suivant le cas, la terminaison par la mort ou par le passage à l'état chronique est chose plus ou moins fréquente. Enfin, nous n'avons pas besoin de parler non plus des infirmités qui peuvent résulter de la dysenterie, car nous aurons à les étudier quand nous traiterons des reliquats de la maladie.

La dysenterie est une affection qui peut présenter toutes les terminaisons possibles, c'est-à-dire peut guérir vite et bien, guérir complètement après avoir résisté plus ou moins longtemps aux efforts du médecin, et dans ce cas présenter ou non des reliquats plus ou moins tenaces et plus ou moins graves. Elle peut ouvrir la porte à d'autres affections aiguës ou chroniques et servir de prétexte à l'invasion des maladies les plus diverses. Enfin, elle peut entraîner par elle-même la mort avec plus ou moins de facilité, en plus ou moins de temps.

On ne peut rien dire de général au sujet de cette terminaison de la dysenterie, et la chose se comprend très bien quand on songe que dans quelques cas, lorsqu'on est en présence, par exemple, de la diarrhée aiguë la plus légère, la maladie peut avoir quelques heures de durée seulement, tandis que la dysenterie grave peut emporter le sujet en deux ou trois jours. Sans compter qu'entre ces deux termes extrêmes nous en voyons mille pouvant se terminer différemment depuis la santé jusqu'à la chronicité. Donc, si on

veut spécifier quelque chose au sujet de cette terminaison il faut faire des catégories et il faut les faire assez nombreuses pour envisager la majeure partie des cas possibles, si on veut ne pas rester dans un vague obscur, ne donnant aucun renseignement précis pour aucun cas déterminé.

La diarrhée aiguë qu'on observe dans les latitudes tempérées est, en général une atteinte légère qui se termine par la guérison et à moins de conditions tout à fait accidentelles, la santé revient si complète peu après qu'on ne peut considérer le flux de ventre que comme une chose tout à fait insignifiante.

La diarrhée aiguë qui se montre chez les individus venus d'un pays plus froid dans un pays relativement plus chaud est assez souvent dans ce cas aussi, mais plus d'une fois elle est l'*initium* d'une série de péripéties morbides pouvant aller très loin. Certains pays sont plus ou moins dangereux sous ce rapport, mais nous n'entrerons pas dans de longues spécifications, car, il nous faudrait redire ici ce que nous avons dit déjà à propos de la géographie des flux de ventre, donc, concluons d'un mot en disant que, de même que la diarrhée aiguë peut se terminer par la guérison complète, de même elle peut se terminer par un état chronique ou passer à un état plus sévère suivant le cas.

La dysenterie légère guérit assez bien et se termine le plus ordinairement par la guérison dans la plupart des pays. Dans ceux de la zone tempérée, elle constitue en général une maladie aussi peu dangereuse que peu grave, mais que de restrictions à faire dans cet ordre d'idées! Nous écririons un volume tout entier pour faire toutes les spécifications possibles que nous ne pourrions arriver à présenter le bilan complet des terminaisons possibles de cette dysen-

terie légère, pas plus d'ailleurs que de la dysenterie grave, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique.

La dysenterie sévère est une maladie grave partout et dans tous les cas, car si elle guérit assez souvent encore lorsque toutes les bonnes conditions viennent concourir d'une manière favorable, trop souvent ces conditions font défaut, et la mort survient sous les coups de ses atteintes. Même alors qu'elle guérit, elle laisse dans un grand nombre de cas des prédispositions, des reliquats qui justifient pleinement la triste réputation qu'elle s'est faite depuis nombre de siècles et dans un grand nombre de pays de la terre.

Les flux de transition ont pour caractère une ténacité très grande ; il faut plus de soins et de persistance pour les guérir que pour guérir la dysenterie aiguë légère. Mais il est rare que la terminaison ne soit pas favorable, lorsque tous les soins sont apportés par la thérapeutique et que les conditions de milieu n'opposent pas une résistance invincible aux efforts du médecin.

Quant à la diarrhée et à la dysenterie chroniques elles peuvent se terminer par la guérison lorsqu'elles n'ont pas duré un temps bien long et que le sujet a pu être bien et vite soustrait aux causes de prolongation de la maladie mais, dans une grande partie des cas, elles ne guérissent qu'en laissant pendant plus ou moins longtemps des prédispositions morbides ou des reliquats, si même elles guérissent. A vrai dire, nous avons vu dans l'époque actuelle la thérapeutique des flux de ventre chroniques faire des progrès tels, qu'on peut obtenir maintenant la guérison complète dans des cas qui paraissaient irrémédiablement condamnés à la mort, mais dans un nombre encore trop considérable d'autres, la terminaison de la maladie ne peut être considérée comme favorable.

CONVALESCENCE

On ne saurait envisager toutes les catégories de dysenterie à la fois en parlant de la convalescence ; il faut de toute nécessité faire ici encore de nombreuses coupures, car on comprend facilement que ce qui regarde la diarrhée aiguë ou la dysenterie aiguë de moyenne gravité ne peut s'appliquer exactement à la dysenterie grave, de même que les flux de transition et les flux chroniques, si différents des précédents, doivent se comporter différemment quand ils tirent à leur fin d'une manière favorable.

Dans la diarrhée aiguë et la dysenterie aiguë légère lorsque la maladie n'a pas duré longtemps, qu'elle a été traitée avec soin et qu'il n'est survenu aucune complication pendant le cours de l'affection, on voit la convalescence survenir facilement et en peu de jours la santé s'affirmer d'une manière heureuse en général. Mais il faut pour un résultat aussi satisfaisant certaines conditions spéciales, telles qu'une résistance vitale convenable de la part du sujet et des conditions extérieures assez favorables pour ne pas venir à chaque instant menacer le sujet d'une rechute.

Mais si la convalescence se manifeste vite et bien dans ces cas simples et légers dont nous venons de parler, il ne faut pas oublier que dans la plupart des autres elle est difficile à obtenir, et parfois elle est si fragile qu'on voit les rechutes survenir à chaque instant et d'une manière désespérante.

Pendant longtemps, des semaines, des mois, pour la dysenterie aiguë et la rectite ou la colique de transition, des mois et des années, pourrait-on dire, pour les flux de ventre chroniques, le sujet ne peut guérir d'une manière solide de son affection et dans les cas les plus heureux doit être con-

sidéré comme étant en convalescence fragile car tout : un écart de régime, une refroidissement du corps, une émotion, un changement de temps, etc., etc., tout a la funeste propriété de remettre la guérison en question.

RECHUTES

Ce que nous venons de dire touchant la fragilité de la convalescence, nous montre combien les rechutes sont à craindre dans la maladie qui nous occupe. C'est au point qu'on a dit avec grande raison que dans les flux de ventre, quels qu'ils soient, les plus légers même, il faut non seulement que le médecin emploie les médicaments d'une manière convenable pour combattre les phénomènes morbides qui existent, mais encore que jusqu'à la parfaite guérison et plus encore pendant un temps assez grand après cette parfaite guérison, il surveille le malade de la manière la plus attentionnée pour combattre une tendance à la rechute, dès sa première manifestation, avant même que cette tendance se soit manifestée d'une manière quelque peu accentuée.

On comprend facilement alors combien dans certains pays la guérison de la dysenterie doit être chose difficile, et on arrive à admettre sans peine cette proposition qui de prime abord paraît excessive et qui cependant a été formulée par les hommes les plus autorisés en pathologie, à savoir, que lorsqu'un sujet a éprouvé une rechute de dyssenterie dans les pays où la maladie est endémique, il faut se hâter de le soustraire par le départ à l'influence climatérique, si on ne veut pas lui faire courir de grandes chances d'accidents et même de mort. C'est qu'en effet, dans les pays où la dysenterie est endémique et sévère, au Sénégal, aux Antilles, par exemple, il n'est pas rare de voir des rechutes se produire au moment où il semblait qu'une amélioration

bien accentuée pouvait faire espérer la guérison. Un écart de régime ou bien un refroidissement sont le plus souvent la cause de cette rechute, mais un grand nombre de fois rien ne peut justifier ces retours de la maladie, et l'observateur arrive fatalement à penser que tout étranger atteint quelque peu sévèrement par la dysenterie a désormais perdu son droit de séjour dans la localité.

RÉCIDIVES

Il n'y a pas de maladie peut-être qui soit aussi sujette à la récidive que la dysenterie, et si les atteintes bénignes et légères de diarrhée et de dysenterie du second degré peuvent être un phénomène morbide éventuel ne laissant aucune trace comme aucune prédisposition fâcheuse après elles, les autres disposent à la récidive d'une manière si marquée et si persistante qu'elles sont bien de nature à faire le malheur des victimes qu'elles ont frappées.

Loin de pouvoir dire de la dysenterie comme de quelques affections, la variole, la fièvre typhoïde, par exemple, qu'une première atteinte met le sujet à l'abri d'atteintes ultérieures, on peut au contraire considérer comme prouvé qu'une première attaque quelque peu sérieuse prédispose d'une manière très marquée à des attaques aussi graves et aussi tenaces sinon plus dans l'avenir. C'est au point que quelques auteurs ont cru pouvoir admettre une véritable diathèse dysentérique, tant la prédisposition des sujets leur a paru accentuée lorsqu'ils avaient une fois déjà été atteints par la maladie d'une manière assez sévère ou quelque peu persistante.

La tendance aux récidives est d'autant plus grande que le sujet a été atteint plus gravement et un plus grand nombre de fois. Telle est la conclusion à laquelle on arrive par

l'examen des faits et l'étude de l'anatomie pathologique l'explique si bien qu'on le comprend sans peine à l'amphithéâtre.

RELIQUATS

La dysenterie atteint si directement les organes les plus essentiels de l'individu qu'elle a un retentissement considérable sur les phénomènes biologiques dès qu'elle arrive à avoir une certaine sévérité ou une durée quelque peu prolongée ; tout ce que nous avons dit jusqu'ici tend à le prouver, et on verra aussi la preuve de cette assertion dans l'étude sommaire que nous allons faire des reliquats de l'affection.

Ces reliquats ne surviennent pas également, on le comprend, après toutes les atteintes de la maladie. Il en est, comme la diarrhée aiguë de peu de durée, qui peuvent se présenter un grand nombre de fois chez les sujets sans leur laisser la moindre incommodité. Une atteinte de peu de durée de dysenterie plus ou moins grave peut être dans le même cas, et ne laisse en général pas de traces lorsqu'elle a guéri vite et bien. Mais pour peu que la maladie dure, qu'elle récidive un plus ou moins grand nombre de fois, et surtout lorsqu'elle affecte les allures de la chronicité, elle impose désormais au patient certains troubles fonctionnels qui sont de véritables infirmités plus ou moins grandes.

Ces reliquats de la dysenterie ne sont pas encore bien connus, mille points de leur histoire surtout ne sont pas suffisamment appréciés jusqu'ici ; aussi ne saurais-je avoir la prétention de les énumérer tous dans cette étude. Je suis certain qu'à mesure que les flux de ventre aigus et chroniques seront mieux étudiés, la liste de ces reliquats de la dysenterie s'accroîtra dans de grandes proportions.

Quoi qu'il en soit nous allons parler actuellement :

A. Des troubles digestifs; *B.* Des troubles de la fonction hépatique ; *C.* De la chute du rectum ; *D.* Des hémorrhoïdes anales et intestinales ; *E.* Des fistules anales ; *F.* Des affections thoraciques ; *G.* Des troubles urinaires ; *H.* Des paralysies ; *I.* Des coarctations intestinales ; *J.* Des douleurs ;

Qu'on a considérés avec raison comme dépendants d'un flux de ventre initial soit aigu soit chronique, et qui peuvent à bon droit passer pour des reliquats possibles de la maladie dont nous écrivons ici l'histoire clinique.

Troubles digestifs.

La dysenterie est peut-être de toutes les maladies du tube digestif celle qui laisse le plus au sujet une tendance déplorable aux troubles gastro-intestinaux. La chose a été surabondamment établie par tous ceux qui ont eu à la soigner.

On sent bien en observant les cas si nombreux qui se présentent aux praticiens des pays chauds et aux médecins de la marine appelés plus que personne à voir des dysentériques à tous les degrés et à toutes les époques ; on sent bien, dis-je, que la maladie a attaqué les racines mêmes de l'individu, car si la dysenterie a duré quelque temps ou a eu quelque intensité, on voit non seulement le gros intestin fonctionner mal, mais encore l'intestin grêle, l'estomac, les annexes du tube digestif, foie, pancréas, glandes salivaires et même, ajouterai-je, la peau de son côté ne plus avoir leur aptitude physiologique conservée intégralement.

L'appétit éprouve fréquemment des modifications chez les individus qui ont eu une ou plusieurs atteintes de dysenterie grave, mais surtout chez lesquels la maladie a duré un temps assez long pour perturber profondément l'économie de son existence. Il est parfois languissant, sou-

vent aussi il est devenu fantasque, et le sujet a des sympathies ou des répulsions tout à fait injustifiées pour tel ou tel aliment.

L'estomac, de son côté, est vraiment capricieux quand la dysenterie a duré quelque temps ; les substances les plus facilement digestibles en temps ordinaire le fatiguent parfois, de sorte que, malgré le soin qu'on apporte à l'alimentation, on le voit manifester souvent sa fatigue ou sa révolte d'une manière pénible.

L'intestin fonctionne mal pour la moindre cause; tantôt c'est une constipation, tantôt une diarrhée passagères qui surviennent; des développements de gaz, des douleurs vagues ou précises, de forme et d'acuité les plus diverses, sont désormais le triste apanage du sujet.

Dans quelques rares cas signalés par Cambay, et je dirai que j'en ai observé dans ma pratique, on voit le sujet présenter de temps en temps des phénomènes qu'on ne peut attribuer qu'à une obstruction instestinale momentanée simple, c'est-à-dire avec inertie de l'intestin, ou bien à une obstruction avec tendance à la congestion ou à l'inflammation périphérique. Dans ce dernier cas la congestion ou l'inflammation périphérique de l'intestin siègent tantôt dans l'hypochondre droit et semblent être le résultat d'une péri-typhlite plus ou moins accentuée, tantôt c'est au contraire dans l'hypochondre gauche au niveau de l'S iliaque. Ce qu'il y a de particulier dans ces cas, c'est que cette sorte de poussée congestive, inflammatoire ou sub-inflammatoire semble être à répétition, c'est-à-dire qu'elle se montre puis disparaît pour reparaître encore, ce qui tend, on le comprend, à obscurcir le diagnostic. Aussi cette tumeur a été bien souvent d'une appréciation très difficile ; on l'a attribuée nombre de fois à un cancer intestinal, ce qui a pu être exact dans bien des cas,

mais ce qui a été aussi très souvent inexact, car la lésion anatomique n'est pas alors, comme on dit, de mauvaise nature. Elle est le résultat de la cicatrice d'une ulcération intestinale peu épaisse ou au contraire constituant une véritable kéloïde, comme à la peau. Cette cicatrice venant diminuer mécaniquement le calibre de l'intestin provoque parfois des arrêts plus ou moins complets des matières fécales, arrêts qu'une débâcle spontanée ou provoquée fait cesser. On s'explique ainsi cette répétition, cette sorte d'intermittence de la tumeur et des accidents.

On comprend qu'en présence de la persistance de ces phénomènes divers, le sujet a besoin d'être bien trempé au moral pour résister au découragement et à la préoccupation constante de la conservation d'un fonctionnement digestif supportable; l'hypochondrie est proche, on le sent. Si on observe superficiellement le vieux dysentérique devenu gastralgique, entéralgique, dyspeptique, on trouve qu'il s'entoure trop de précautions qui paraissent puériles parfois; mais si on songe avec plus d'attention aux mille souffrances, aux mille ennuis de tous les moments qu'il a à supporter, on n'a plus le courage de rire ou de le blâmer de ses singularités, on est disposé, au contraire, à le plaindre sans restriction.

Je pourrais ici à l'occasion de ces troubles digestifs qui dépendent de la dysenterie passer en revue détaillée toute la symptomatologie de la dyspepsie gastrique et intestinale avec les mille phénomènes, les mille douleurs, les mille accidents de toute nature qui en sont le cortège et la conséquence. Cette étude serait inutile ; il suffit d'avoir montré l'horizon au lecteur pour qu'il supplée par ses connaissances nosologiques ou la lecture des livres spéciaux sur ces affections du tube digestif à ce que je ne puis dire ici, retenu que je suis par le cadre et l'étendue de mon travail.

La raison de ces troubles digestifs se comprend très bien par l'examen des lésions anatomo-pathologiques de la dysenterie. Le microscope nous a montré, en effet, que dans certaines atteintes un quart, la moitié, les trois quarts des glandes du tube de l'intestin sont malades, détruites plus ou moins et surtout incapables désormais de fonctionner d'une manière utile pour la digestion. Or, dans ces cas, le sujet se trouve dans l'état de celui dont l'alimentation serait insuffisante, puisque les aliments qu'il prend passent en plus ou moins grande quantité dans le tube intestinal sans être digérés ; et bien plus, ces aliments exercent alors sur l'intestin déjà altéré une action topique anormale qui fait que, non seulement ils ne servent pas à la nutrition, mais encore ils sont une cause plus ou moins puissante d'irritation et d'accidents nouveaux.

Le traitement de ces troubles digestifs qui succèdent à la dysenterie ne peut guère être indiqué d'un mot, car la diversité des phénomènes morbides doit entraîner de grandes variations dans l'emploi de la thérapeutique. D'ailleurs, ce n'est pas dans cette partie de mon étude que je puis entreprendre de l'esquisser. Mais ce que je dois dire dès à présent, quitte à y revenir plus loin, c'est que le médecin doit bien avoir constamment à l'esprit quand il lutte contre ces troubles digestifs qu'une de leurs principales causes, la principale au moins sinon l'unique, c'est la diminution très marquée du champ de la digestion par le fait de la destruction d'un plus ou moins grand nombre des organes microscopiques de cette muqueuse intestinale. De sorte que non seulement il faut donner au sujet des aliments de certaine nature ayant subi telle ou telle préparation, il faut suppléer par des médicaments à certains principes que l'organisme fournit désormais en moins grande abondance ; mais encore il faut mesurer la quantité des aliments aussi bien que leur nature aux

exigences nouvelles créées par la disposition matérielle de l'intestin. Faute de tenir compte de ce facteur, j'ai vu maintes fois les efforts les plus louables être frappés de stérilité et les médications les plus rationnelles échouer d'une manière désespérante.

Troubles hépatiques

Le foie est directement atteint dans la dysenterie. J'ai cherché dans maints passages de ce livre à démontrer le rôle considérable, immense, qu'il joue, tant dans les flux de ventre aigus que dans les chroniques. On comprend conséquemment sans peine que, sous l'influence de la durée ou de la gravité des atteintes du mal primitif, il soit resté à titre de reliquat des troubles matériels et fonctionnels de l'organe hépatique.

Je pourrais ici passer en revue tous les troubles hépatiques du cadre nosologique, car maintes variétés peuvent être observées à la suite de la dysenterie, mais j'augmenterais sans grande utilité la longueur déjà considérable de ce travail; aussi ne ferai-je que les indiquer, renvoyant le lecteur aux autres livres spéciaux des maladies du foie pour plus amples renseignements.

Chute du rectum

Chez les sujets atteints par la dysenterie grave à l'état aigu comme chez chez ceux qui ont la dysenterie ou la diarrhée chronique, on observe parfois la chute du rectum.

Zimmermann a signalé déjà cet accident dans son *Traité de la dysenterie* (1re partie, chap. II) et les auteurs du siècle précédent l'ont vu assez souvent déjà pour avoir signalé la dysenterie au nombre des causes productives de la chute du rectum.

Cette chute du rectum qui se voit plus fréquemment chez les

enfants, les jeunes sujets et les débiles que chez les individus âgés ou vigoureusement constitués, se produit plus souvent dans les flux de ventre chroniques que dans les autres; mais on la voit aussi quelquefois être occasionnée par une dysenterie aiguë assez sévère. On pourrait peut-être la ranger sous ce rapport en deux catégories, à savoir : *A.* les cas où, comme dans les cas chroniques, elle reconnaît pour cause le relâchement des sphincters et une grande laxité de tous les tissus; *B.* les cas de flux de ventre aigus, où elle est le résultat d'efforts prolongés de défécation qui poussent le rectum à travers l'anneau anal un peu comme ils poussent l'intestin vers les canaux inguinal et crural. Mais cette distinction n'a pas une grande importance, car comme dans les hernies intestinales de la paroi antérieure de l'abdomen, les indications thérapeutiques comme les phénomènes symptomatologiques ne diffèrent en rien, qu'il faille incriminer la *force* des efforts ou la *faiblesse* des organes.

Je n'ai pas besoin d'insister ici sur le mécanisme de la production de la chute du rectum, il est trop bien connu. La symptomatologie est trop bien connue aussi pour nous arrêter en ce moment, et comme nous aurons à parler des moyens à employer contre elle dans le chapitre du traitement, nous pouvons passer à l'étude des autres phénomènes que la dysenterie peut présenter accidentellement.

Hémorrhoïdes

Les hémorrhoïdes ont nombre de fois paru dans des conditions telles qu'on les a considérées comme constituant un des reliquats possibles des flux de ventre. La chose se comprend d'ailleurs si bien que l'esprit ne fait aucune difficulté pour accepter cette proposition.

Sans que nous ayons besoin d'insister longuement sur leur

compte, on comprend que ces dilatations variqueuses de veines péri-rectales peuvent reconnaître pour origine l'irritation de la fin du tube digestif occasionnée par les flux de ventre, et qu'une fois produites certains de ces flux, comme la rectite, par exemple, aient pour effet de les accroître ou les perpétuer.

A la suite de la dysenterie chronique, et aussi de la dysenterie aiguë ayant duré plus ou moins longtemps, on a constaté quelques fois des développements veineux sur diverses portions du gros intestin, développements veineux qui sont de véritables varices. J'en ai rencontré pour ma part un certain nombre, dans les autopsies d'individus qui avaient eu la dysenterie longtemps avant, et qui étaient morts d'une autre affection.

Le mécanisme de la production de ces varices intestinales est facile à concevoir, en songeant aux phénomènes qui se passent dans l'intestin malade sous l'influence de l'hyperhémie et de la distension des vaisseaux comme de l'hyperplasie des tissus. Il est d'autant plus facile de comprendre la formation de ces varices, qu'on a admis depuis longtemps une véritable diathèse variqueuse chez certains individus. Or de même que chez ces sujets prédisposés on voit des varices des membres être produites par telle attitude habituelle, telle profession, telle pression des vêtements, telle blessure, etc., de même sous l'influence de la dysenterie les veines péri-intestinales ont pu se laisser distendre variqueusement çà et là. Bien plus on sait que dans la dysenterie, soit aiguë, soit chronique, le travail inflammatoire engendre quelquefois, et j'ajouterai, plus souvent qu'on ne le pense généralement, des phlebites plus ou moins étendues des veines hémorrhoïdales et mésaraïques ; or, cette inflammation, comme la diminution de la capacité du réseau veineux qui en résulte, juste au moment où l'organe est

hyperhemié et congestionné, facilite l'apparition de ces varices lesquelles une fois produites, ont une tendance à s'accroître plutôt qu'à diminuer.

Les symptômes de ces hémorrhoïdes intestinales sont très obscurs encore, parce que l'attention n'a pas été portée sur eux et sur la nature du reliquat que je signale ; ils sont certainement variés d'une manière très grande suivant les cas, et peuvent embarrasser beaucoup le médecin. Je ne suis pas en mesure de les décrire tous, car c'est à peine si jusqu'ici j'en ai coordonnné quelques-uns dans mon esprit ; néanmoins il aura suffi actuellement d'appeler l'attention sur les varices intestinales, survenant à la suite de la dysenterie, pour que des observations ultérieures recueillent des faits et en tracentla symptomatologie d'une manière complète.

Pour le moment, je me borne à signaler un détail de cette histoire, encore tout entière à faire : c'est la tendance qu'ont ces hémorrhoïdes intestinales à se congestionner et même parfois, mais plus rarement, à fluer absolument comme les hémorrhoïdes anales. N'oublions pas cependant de bien insister sur la rareté de ce flux hémorrhoïdal de l'intestin, tandis que les varices anales laissent si souvent écouler du sang.

Le cadre de mon travail actuel ne comporte pas des observations détaillées, aussi je me borne à signaler sommairement les faits suivants, pour montrer les phénomènes en présence desquels on peut se trouver en pareil cas. Une femme qui avait eu une atteinte assez forte de dysenterie éprouva peu à peu des troubles dans la défécation, avec cela des douleurs apparurent, allèrent en augmentant, et cela au point de constituer un état de maladie pénible. Je fus consulté et la malade me parut avoir une bonne partie des symptômes du cancer du rectum : douleurs violentes de temps en temps avec ténesme vésical, etc. etc., selles difficiles et même ruba-

nées, ce qui me donnait la preuve d'une réelle diminution du calibre intestinal ; avec cela, ajoutons que le toucher faisait percevoir une tumeur au niveau de l'S iliaque. Après avoir examiné la malade avec soin, et sans qu'il soit besoin d'entrer dans plus de détails, je dirai que je m'arrêtai à l'idée d'un cancer du rectum ; cependant il y avait deux discordances capitales : c'est 1° une sanguificationriche, après cependant plus de quinze années de souffrances ; 2° une intermittence dans les douleurs et même dans la tumeur, car à certains moments les douleurs cessaient, les selles reprenaient leur volume ainsi que leur forme cylindrique, et la palpation ne percevait plus la tumeur qu'on retrouvait quelques semaines après, au moment où de nouveaux accidents se reproduisaient.

En somme, cette malade n'a pas un cancer du rectum, car plus de 15 années après le début de son mal elle n'a encore présenté ancun phénomène cachectique, et ses douleurs comme sa tumeur et la difficulté de la défécation continuent à être intermittentes ; elles précédaient régulièrement l'époque menstruelle jadis, elles sont devenues irrégulières depuis la ménopause.

Dans un autre cas, il existait peut-être une bride cicatricielle sur le côlon ascendant, et pendant les moments de congestion des hémorrhoïdes intestinales, il y avait une tendance à un véritable arrêt des matières fécales avec tumeur quelquefois volumineuse, comme je l'ai dit tantôt, p. 243. Dans un troisième, j'ai observé longtemps une série de phénomènes qui se présentaient à répétition d'une manière très remarquable. Le sujet allait tout à fait bien pendant quelque temps ; puis survenait la constipation, l'abdomen s'empâtait çà ou là, — des douleurs très pénibles duraient plus ou moins de jours ; enfin arrivait une véritable hémorrhagie intestinale qui signalait la rémission. L'empâtement disparaissait alors, les

selles reprenaient leur cours et la santé revenait complète, à quelques phénomènes de dyspepsie intestinale près. Je parlerai plus loin, à propos des douleurs, d'un cas qui peut, je crois, rentrer dans la catégorie présente. Sans insister plus longuement sur ces varices, véritables hémorrhoïdes intestinales, je les signale aux méditations de ceux qui voudront ajouter un chapitre encore inédit à l'histoire des reliquats de la dysenterie, qui n'est pas encore ébauchée et qui cependant est extrêmement intéressante par la diversité de ses phénomènes.

Nous sortirions de notre cadre si nous voulions entreprendre ici une étude de longue haleine sur les hémorrhoïdes, car soit qu'elles siègent au dehors ou qu'elles soient internes, elles n'ont, anatomiquement, aucun caractère distinctif, qu'elles aient été produites par la dysenterie ou par telle autre cause. Aussi nous suffit-il d'appeler l'attention sur ce reliquat possible de la dysenterie, sans nous en occuper plus longtemps.

Fistules anales

Dans un grand nombre de cas on a pu attribuer la cause des fistules de l'anus à une atteinte précédente de dysenterie. L'attention n'a pas encore été portée sur ce point d'une manière suffisante, il me semble, quand on s'est occupé de l'étiologie des fistules anales, bien que cependant la chose soit connue depuis un temps infini.

Pour ma part, j'ai été frappé par les faits suivants déjà : Lors de mon premier séjour au Sénégal, je constatai que le nombre d'individus atteints de ces fistules à l'anus y etait grand, et plus tard, en revenant dans le pays, je remarquai de nouveau qu'on rencontrait un grand nombre de fois cette affection soit dans les hôpitaux, soit surtout chez les individus qui se soignent à domicile. A la Martinique, j'ai fait la même

observation, rencontrant aussi ces fistules à l'anus dans un nombre relativement grand des cas.

Souvent, il est vrai, j'ai pu attribuer la fistule anale à l'existence de tubercules pulmonaires comme cela est parfaitement indiqué depuis longtemps par les livres classiques, mais souvent aussi je trouvais ces fistules chez des sujets paraissant par ailleurs parfaitement bien portants du côté de la poitrine, de sorte qu'il était évident dès le premier coup d'œil qu'il fallait chercher ailleurs la cause de ces trajets fistuleux du pourtour de l'anus.

Or je ne fus pas longtemps à constater que le plus souvent les individus qui se présentaient à mon observation avaient eu la dysenterie. Une fois l'esprit lancé dans cette direction, il me fut facile de trouver des cas où la relation des deux maladies était évidente; nombre de fois, dans le cours ou très peu de temps après l'existence d'un flux de ventre, le sujet avait eu des phénomènes inflammatoires aboutissant à un abcès et à une fistule.

Par ailleurs, en observant avec attention les dysentériques, surtout ceux qui étaient atteints des formes chroniques des flux de ventre et de la rectite durant depuis un certain temps, je constatai aussi la fréquence de ces inflamations phlegmoneuses de la marge de l'anus et de ces fistules consécutives, souvent dues à une phlébite suppurée. La relation de cause à effet se trouva enfin clairement établie dans mon esprit, appuyée sur des faits aussi nombreux que précis.

Comme pour la chute du rectum et les hémorrhoïdes, je n'ai pas à insister longuement ici, car, quelle que soit la cause de la fistule anale, l'affection en elle-même ne change pas ; elle est borgne ou complète, étendue ou courte, sans qu'on puisse rien attribuer de sa symtomatologie au flux de ventre. Aussi, comme pour ce qui précède, me bornerai-je à une simple indication sommaire sans entrer dans aucun développement.

Affections thoraciques

Dans le chapitre précédent, en parlant des complications de la dysenterie, je me suis étendu assez longuement sur les affections thoraciques pour n'avoir plus rien à ajouter actuellement ; aussi renverrai-je le lecteur à ce chapitre précédent, car il peut sans difficulté comprendre que lorsque, par exemple, une affection chronique de la poitrine a paru à titre d'accident dans le cours de la dysenterie en activité, elle passe à l'état de reliquat lorsque le flux de ventre est guéri sans avoir subi aucune modification. D'autre part, on comprend si bien que même lorsque l'affection chronique de la poitrine n'a paru que postérieurement à la guérison de la dysenterie, elle est en tout semblable à ce qu'elle aurait été dans le cas envisagé par nous précédemment, qu'il n'y a aucune différence à établir. Par conséquent, je ne recommencerai pas ici à m'occuper de ces affections pulmonaires chroniques, résultant de la misère physiologique et s'observant à la suite des flux de ventre comme de toutes les maladies qui débilitent les indi vidus.

Troubles urinaires

Nous avons vu que dans la dysenterie aiguë on observait souvent du côté des organes urinaires des phénomènes dépendant évidemment de la maladie. Dans les flux de ventre chroniques la même chose est observée, et, si on s'en souvient, ces phénomènes peuvent se ranger dans deux catégories : *A*. Ceux qui sont de nature phlegmasique, résultat de l'irritation de la vessie, par exemple, par la continuité du ténesme, la persistance des fréquentes contractions du réservoir de l'urine et des premières parties du canal de l'urèthre ; *B*. Ceux qui sont de nature purement nerveuse et qui dépendent aussi de la per-

sistance de ces phénomènes, ténesme, contraction, etc., etc.

Les premiers constituent un catarrhe vésical plus ou moins intense, pouvant se prolonger après la dysenterie qui a agi à titre de cause et a créé ainsi une sorte de prédisposition morbide dans cette région. Les seconds constituent l'inertie, la faiblesse, la semi-paralysie du réservoir de l'urine.

Dans les deux cas que l'esprit comprend très bien, je crois, que les phénomènes morbides ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont quand ils sont dus à une autre cause que la dysenterie, de sorte que pas plus ici que pour les hémorrhoïdes, pour la chute du rectum, etc., nous ne devons entrer dans l'étude étendue de ces phénomènes ni dans celle de leurs indications thérapeutiques. Il nous aura suffi d'indiquer les deux grandes variétés de lésions qui, dans quelques circontances, reconnaissent pour cause les flux de ventre renvoyant ici comme précédemment le lecteur aux traités spéciaux pour tout ce qui les concerne.

Nous avons vu tantôt que la dysenterie laissait parfois des hémorrhoïdes comme reliquat et que ces hémorrhoïdes pouvaient être anales ou intestinales. — Dans certains cas les premières s'étendent jusqu'au col de la vessie et deviennent ainsi une cause de troubles urinaires, — dysurie, strangurie, sentiment de pesanteur, irritation de la muqueuse du trigone et de la portion prostatique de l'urèthre qui peuvent être plus ou moins pénibles pour le sujet pendant un temps infini.

Paralysies

On a vu assez fréquemment la paralysie accompagner la dysenterie ou lui succéder pour qu'il ait été logique de la regarder comme pouvant être liée à elle dans les relations de cause à effet.

Zimmermann avait signalé déjà ces paralysies tant pour ce qui a trait à la motilité qu'au sentiment (*Traité de la dysenterie*, 1re partie, chapitre II), car il dit : « Chez quelques sujets qui avaient été violemment attaqués il arrivait une paralysie à la bouche, à la langue, dans d'autres, à toute la partie inférieure du corps. Dans quelques-uns elle était universelle au moment même où la maladie paraissait comme ne plus exister. »

La paralysie dysentérique est beaucoup moins rare qu'on ne pourrait le penser, et il faut attribuer le silence de la plupart des auteurs non à ce qu'elle frappe peu d'individus, mais à ce qu'elle n'a pas été étudiée encore d'une manière suffisamment attentionnée.

De nos jours, Trousseau, Bouillaud, Pidoux, Moutard-Martin ont appelé l'attention sur ces paralysies, et Gubler a consigné les faits connus de son temps dans un très intéressant travail inséré dans les *Archives générales de médecine* de 1860, p. XV, 5e série, p. 267.

D'Ormay a vu quelquefois une paralysie du sentiment et du mouvement avec atrophie musculaire survenir à la suite de la dysenterie aiguë; l'affection commençait par les membres inférieurs puis par les doigts des mains et allait en montant ; l'intestin devenait paresseux aussi. Cet état ne lui paraissait pas grave ; des boissons émollientes, du sulfate de soude à petites doses, des bains, un changement d'air, et la santé revenait complètement ; l'électrisation faisait bien aussi.

Délioux, qui s'est occupé avec grand soin de la dysenterie, rattachait la paralysie dysentérique à une lésion de la moelle, et bien qu'il soit allé, je crois, trop loin dans cette question de l'origine épinière de la dysenterie elle-même, il faut reconnaître qu'il a apporté des faits intéressants pour

l'étude de la paralysie qui nous occupe. En effet, il a fourni une observation (*Bull. de thér.*, P. 73, p. 194) dans laquelle un sujet qui avait contracté la dysenterie au Mexique fut atteint d'une paralysie diffuse qui alla en augmentant jusqu'à occasionner la mort par asphyxie, et à la nécropsie il trouva un ramollissement blanc du renflement cervical et lombaire de la moelle. Dans un second cas appartenant à la dysenterie aiguë, il rencontra pendant la vie une paraplégie et après la mort un commencement de ramollissement avec assez forte injection sanguine périphérique du renflement lombaire de la moelle épinière.

Dans quelques cas, rares heureusement, cette paralysie a une marche ascendante progressive que rien ne peut arrêter et qui finit par emporter les malades par le fait de ses progrès.

C'est surtout aux membres inférieurs qu'elle s'observe de préférence, et même c'est là qu'elle apparaît tout d'abord le plus habituellement.

La paralysie dysentérique survient plus souvent à la suite des flux de ventre chroniques que dans ceux qui sont aigus et guérissent rapidement.

La paralysie dysentérique a été observée parfois à la face, au tronc, aux membres supérieurs, mais en général elle y a été rare autant qu'incomplète. Son lieu d'élection est, dirait-on, aux membres inférieurs; c'est au point que l'on pourrait considérer la paraplégie comme le type de la paralysie dysentérique.

La paralysie dysentérique est ordinairement passagère et tend en général à se dissiper au bout de quelques mois. On possède néanmoins des faits qui démontrent de la façon la plus péremptoire que cette paralysie dysentérique a pu être permanente et durer pendant un temps infini, la vie entière du sujet même.

Bien que ces phénomènes de paralysie dépendant de la dysenterie soient assez rares, j'en ai vu pour ma part un certain nombre, et il ne se passe pas d'années, je crois, qu'on n'en observe quelqu'un dans le grand hôpital de Saint-Mandrier où aboutissent les dysentériques de la plupart de nos colonies.

Coarctations intestinales

Les ulcérations intestinales de la dysenterie peuvent non seulement être une cause d'accidents pendant leur évolution aiguë, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire avant la période de réparation, mais encore elles peuvent après leur cicatrisation être l'origine de phénomènes plus ou moins graves sur le compte desquels on n'a pas encore tous les renseignements désirables.

Délioux rapporte dans son livre une observation intéressante dans l'ordre d'idées qui nous occupe, il s'agit d'un officier qui, sept ans après une atteinte grave de dysenterie, fut pris de coliques, de vomissements, et enfin succomba aux phénomènes d'un étranglement interne. A l'autopsie on trouva un étranglement de l'intestin grêle dans un anneau formé par une bride péritonéale développée six ans avant sous l'influence d'une péritonite locale : Pendant la dysenterie, dit-il, et sous l'influence des lésions de cette maladie ayant présenté une complication péritonéale, il s'était formé un piège fatal dans lequel l'intestin vint tomber six ans après.

Dans un certain nombre de cas j'ai rencontré à l'autopsie des coarctations intestinales cicatricielles, chez des individus qui avaient eu, plus ou moins longtemps avant, une attaque de dysenterie. Quelquefois même, avec cette coarctation j'ai trouvé les dilatations variqueuses dont j'ai parlé tantôt ; et on comprend que lorsque par hasard ces deux lésions se rencontrent chez le

même individu, on peut observer pendant la vie des troubles intestinaux qui seraient d'autant plus obscurs à diagnostiquer exactement qu'il faut ajouter au phénomène, retention des matières fécales par la bride circatricielle, celle que la fluxion variqueuse apporte, c'est-à-dire, douleurs, pesanteurs, empâtements des parties supérieures à l'intestin, etc., etc.

Dans quelques circonstances, il est arrivé que plus ou moins longtemps après la guérison de la dysenterie on a vu le calibre de l'intestin se retrécir dans les endroits où avaient siégé les ulcérations, et cette rétraction a pu arriver jusqu'à l'oblitération presque complète de cette partie du tube intestinal; ce qui est devenu, on le comprend, une source d'accidents graves et même a entraîné la mort. J'ai vu à la suite de la rectite une véritable atrésie de l'anus, et mon ami le Dr Michel, médecin principal de la marine, m'a parlé d'un de ses malades qui, à la suite d'une dysenterie gangréneuse avec phlegmon interstitiel du rectum eut un rétrécissement de l'ampoule rectale qui nécessita l'intervention d'un dilatateur qu'il fallait mettre en usage périodiquement.

Douleurs

Les individus qui ont été touchés par la dysenterie présentent parfois des douleurs qui peuvent être considérées comme des reliquats de l'affection. Ces douleurs sont très variables, tant sous le rapport du siège que sous celui de l'acuité, de la durée, de la fréquence des exacerbations, etc.

Cette question des douleurs qui peuvent être considérées comme des reliquats de la dysenterie est comme plusieurs autres encore assez obscure, elle n'a appelé l'attention que d'un nombre très restreint de médecins.

Dans l'état actuel de nos connaissances il est bien difficile,

sinon même impossible, de synthétiser et de théoriser sur cette question, aussi est-ce une simple énumération de faits qu'il faut se borner à présenter. C'est à peine si nous pouvons saisir quelques linéaments de relations entre eux. Pour ceci comme pour la plupart des autres reliquats de la dysenterie, de nouvelles recherches, de nouvelles observations sont absolument nécessaires pour qu'on puisse en tirer quelques déductions.

Disons d'abord que la névralgie sciatique a été signalée comme une des conséquences de la dysenterie qui a duré un certain temps.

L'esprit ne se refuse pas à voir une certaine corrélation entre ces douleurs sciatiques et la paralysie attribuée à la dysenterie ; et on peut logiquement déduire de la comparaison des faits que, suivant la plus ou moins grande intensité de la lésion initiale, il y a des degrés variables dont la douleur et la paralysie sont des termes différents et plus ou moins voisins.

Dans le cours de ma carrière médicale j'ai eu l'occasion de rencontrer quelques cas de ces douleurs persistantes appartenant à la catégorie qui nous occupe. Un entre autres m'a frappé beaucoup, parce qu'il a eu pour sujet un homme intelligent qui se rendait bien compte de ses impressions et qui ayant consulté à nombreuses reprises les médecins les plus divers, avait pris l'habitude d'exposer d'une manière si claire et si précise la longue série de ses souffrances qu'on ne pouvait qu'être très bien renseigné sur la symptomatologie sinon sur l'étiologie de sa maladie. Voici son cas résumé en quelques lignes.

Né dans le midi de la France, dans une localité où la dysenterie se montre parfois à la fin de l'été avec une certaine sévérité, il en avait été atteint dans son enfance. A une époque peu éloignée de la guérison de cette dysenterie, il se

plaignit d'une douleur lancinante très vive dans l'hypochondre droit. Cette douleur, qui avait absolument les caractères d'une névralgie, apparaissint tout à coup ou peu à peu sans cause appréciable durant un, deux, trois, quatre jours avec des exacerbations et des rémissions plus ou moins marquées; elle n'était accompagnée ni de gonflement ni d'empâtement de la région. Un peu de constipation pendant l'existence de cette douleur, tel était le seul phénomène réactionnel apprécié du côté de l'intestin ; avec cela ni fièvre, ni troubles généraux sensibles, bien que parfois la douleur fût tellement vive qu'elle constituât une véritable maladie de quelques jours de durée.

Le sujet avait consulté, ai-je dit, tous les médecins qu'il avait rencontrés; les urines avaient été examinées avec soin sans que jamais on pût attribuer à l'appareil urinaire l'origine de ces douleurs, qui, malgré leur intensité, leurs fréquentes apparitions, ne troublèrent en rien la santé générale. Un peu de dyspepsie et surtout de dyspepsie intestinale, était la seule incommodité qu'il éprouvât, et quoique se trouvant très malheureux il a franchi plus d'un demi-siècle sans autre encombre que ces accès de douleurs plus ou moins violentes, plus ou moins prolongées.

Après avoir cherché sans succès la cause de ces douleurs dans maints appareils, je me rangeai à l'idée qu'elles dépendaient purement d'une névralgie intestinale, reliquat de l'atteinte dysentérique de la première enfance. Je conseillai un régime attentionné basé sur la digestibilité plus ou moins facile des aliments que l'observation indiquerait au sujet, et en somme les fonctions digestives se faisant bien dès lors, il a semblé au sujet que ces atteintes de douleurs étaient moins vives et moins fréquentes. Est-il le jouet d'une illusion sous ce rapport; peut-on ou non faire intervenir l'adage *Post hoc, ergo propter hoc?* je ne saurais le certifier : tou-

jours est-il que je fournis le fait brut et sans commentaires. Quelle est la nature de la lésion dans ce cas? on comprend que je reste dans une réserve absolue, car le diagnostic lui-même n'est pas assis d'une manière assez solide pour qu'on puisse faire de longues théorisations là-dessus; mais est-il irrationnel de penser que peut-être nous sommes en présence d'un développement variqueux, véritables hémorrhoïdes du cœcum? ce fait rentrerait alors dans la catégorie de ceux dont je parlais tantôt et dans celle du suivant.

Dans l'*Union médicale* du 23 septembre 1880, M. Rufz de Lavison qui a, on le sait, une autorité de premier ordre en fait de pathologie exotique, a publié une observation qui m'a paru d'autant plus intéressante qu'il en est lui-même le sujet. Cette observation présente des points d'analogie si frappants avec celle dont je viens de parler qu'elle me paraît pouvoir lui être comparée au moins sous quelques rapports. Voici en détail ce fait remarquable.

« Dès mon enfance, vers l'âge de huit à dix ans, je me souviens que quelquefois, pendant la nuit, j'étais pris d'une douleur dans le flanc gauche qui me faisait pleurer. Cette douleur n'était pas constante et se faisait sentir à des espaces irréguliers et assez éloignés. Les médecins de la Martinique, où j'habitais, l'attribuèrent à de la gravelle, bien que mes urines, examinées avec soin, ne présentassent jamais de sable. Cet état inquiétait assez ma famille pour qu'à mon envoi en France, à l'âge de douze ans, je fusse soumis à l'examen de M. Boyer, le célèbre chirurgien de cette époque, qui, sans doute, n'y vit aussi que de la gravelle, car il me fit prendre les eaux de Contrexéville.

« Je dois noter d'ores et déjà que, dans mon enfance, comme tous les enfants des colonies, j'avais eu des diarrhées ou dysenteries du pays, et que l'une d'elles avait, dit-on, mis ma vie en danger.

« Durant les deux premières années de mon séjour au collège, j'eus à souffrir de quelques attaques de ces douleurs ; mais, sans doute sous l'influence du temps et du climat, elles finirent par disparaître complètement, et je fus plus de trente ans sans m'en ressentir, bien qu'étant retourné à la Martinique, je me livrasse à toutes sortes de fatigues, obligé de passer souvent dix à douze heures à cheval pour l'exercice de ma profession de médecin.

« Vers l'âge de vingt-cinq ans, je m'étais aperçu de quelques indices d'hémorrhoïdes, par quelques gouttes de sang qui accompagnaient la défécation. Je savais que ma mère avait beaucoup souffert de cette affection, et, comme j'avais souvent de fortes migraines, j'espérais que, de l'apparition des hémorrhoïdes, il en résulterait pour moi un soulagement.

« En effet, je reconnus, entre mes migraines et l'apparition du flux sanguin, une sorte de balancement. L'apparition du flux sanguin annonçait souvent la fin des migraines ; mais ce flux, quoique un peu plus prononcé, ne fut jamais abondant, toujours sans tumeur extérieure, les lèvres seulement de l'anus étaient gonflées, et j'éprouvais, par le *molimen hemorrhagicum*, une sensation pénible et toujours préoccupante par les fausses envies que j'éprouvais des garde-robes.

« En 1843 régna dans le pays une épidémie de dysenterie dont je fus atteint, et qui m'obligea pendant plusieurs mois de renoncer à toute occupation active.

« A la suite de ma guérison, il me resta des douleurs intermittentes dans le flanc gauche qui me rappelèrent celles de mon enfance ; elles étaient accompagnées de ballonnement du ventre et d'une sorte de tympanite et coïncidaient toujours avec mes migraines. Je leur opposai des lavements et des bains froids avec chute d'un cours d'eau sur le côté.

« Mais dès cette époque, loin de cesser, les douleurs allèrent

en augmentant, et, dès 1853, elles devinrent assez incommodes pour faire échec à ma profession. Après la moindre course, j'étais obligé de m'étendre tout de mon long à terre sur le parquet de ma chambre, et c'était après une ou deux heures dans cette position horizontale que je me sentais soulagé ; il en était de même par le décubitus dans le lit pendant la nuit. Au réveil, je me sentais parfaitement bien, mais, aussitôt debout, le temps seulement de me faire ma barbe, je sentais le *molimen hemorrhagicum* se reformer, et mes douleurs reparaissaient avec la pesanteur anale.

« J'essayai de quelques minoratifs, huile de ricin, sel d'Epsom, qui me parurent exciter plutôt que diminuer les douleurs, divers bandages m'occasionnèrent plus de gêne que de soulagement. Comme ma santé générale ne paraissait pas se ressentir de cet état, je me résignai à ne lui apporter que de la patience.

« En 1856, je me décidai à rentrer en France. Voici quel était mon état, qui est à peu près le même aujourd'hui : la douleur se fait sentir dans tout le demi-cercle du flanc gauche de l'épine dorsale lombaire à la ligne blanche de l'abdomen et de haut en bas des fausses côtes à la fosse iliaque, le plus souvent sourdement, mais quelquefois avec des exacerbations prolongées. Les points où ces exacerbations se font sentir sont au niveau de l'épine iliaque, quelquefois aux lombes, mais surtout à trois ou quatre centimètres en dessous et à gauche de l'ombilic.

« En général, ces douleurs sont plutôt soulagées qu'augmentées par la pression ; mais dans le point au-dessous de l'ombilic, en palpant la paroi abdominale, on éprouve une rénitence globuleuse, vague, sans matité, plus sensible que les autres points, sans mobilité aucune et qui me paraît provenir du ballonnement partiel d'une anse intestinale, plutôt que de la présence d'un corps dur et résistant.

« Ce ballonnement partiel est distinct du ballonnement général du ventre qui est presque continu, sans borborygmes, mais avec issue fréquente et bruyante de gaz par l'anus. Il me semble aussi quelquefois que la région stomacale est plus bombée, je n'ai jamais de vomissement et rarement des nausées.

« Depuis une dizaine d'années, à la suite des toux de l'hiver et probablement aussi des efforts de la défécation, il s'est produit une hernie ombilicale à large base, sans saillie prononcée, rentrant facilement sous la moindre pression, sans gargouillement, et qui me parait être formée par l'épiploon. Jamais cette hernie n'a été le siège de la douleur, et j'ai toujours hésité à lui opposer la contention d'un bandage. Le serrement du caleçon et du pantalon augmente toujours la douleur habituelle et m'oblige à vivre déboutonné, aussitôt que je suis chez moi.

« Excepté la pesanteur à l'anus, la constipation, un peu de dyspepsie aux moments des exaspérations de la douleur, ce qui a lieu environ tous les trois ou quatre jours, comme si les fluxions hémorrhoïdaires se faisaient à des intervalles réguliers, ma santé générale ne s'est point ressentie de ma souffrance. Je puis même dire que je n'en suis pas devenu trop névropathe.

« Mes migraines sont beaucoup plus rares et plus supportables, n'étant plus accompagnées de ce malaise général et de nausées allant jusqu'aux vomissements qui ordinairement accompagnent les migraines ; l'état de constipation me donne même du soulagement, comme si les matières fécales agissaient comme un pessaire en comprimant les membranes du rectum ; et j'ai souvent remarqué qu'une puissante distraction, par exemple, les obligations de la vie sociale, une intéressante conversation, même la nécessité de la station debout dans un salon, suspendaient ma douleur, ou du moins m'empêchaient de la sentir.

« Mais, dans la vie habituelle, cette station debout, une course

à pied même prolongée, les secousses de la voiture, sont pour moi assez pénibles pour modifier ma vie à cause des inconvénients que j'en éprouve.

« J'ai dû aussi régler sur cela mon alimentation et m'abstenir de tous les aliments qui produisent des flatuosités. Cependant j'ai remarqué que, pendant la première heure qui suit mes repas, les douleurs étaient constamment suspendues, et qu'au contraire la diète, un repas peu copieux, le ventre vide, semblaient les rendre plus fréquentes ; l'ingestion des aliments est toujours un soulagement, et mes digestions sont rarement troublées.

« Les extrêmes de la température ne paraissent pas me convenir, et à ces moments j'éprouve trois ou quatre fois par an des sortes de crises qui consistent en des diarrhées de quelques jours, accompagnées de ténesme, d'une sécrétion anale séreuse, et quelquefois de quelques gouttes de sang.

« On pourrait croire que cette constante observation de moi-même m'ait rendu hypochondriaque ; je ne crois pas que le reproche m'en ait été jamais fait, mes relations sociales ne se sont ressenties que des quelques abstentions que je suis quelquefois obligé de m'imposer. »

En analysant cette observation de l'éminent médecin de la Martinique, je suis porté à penser que les douleurs dont il parle sont un reliquat de l'atteinte de dysenterie de son enfance, et en effet, puisqu'il arrive à l'âge de 70 ans sans avoir eu ni trouble urinaire, ni évolution d'une tumeur quelconque, ni altération osseuse qui puisse être rattachée à elles, n'est-on pas en droit de considérer ces douleurs comme de nature absolument névralgiques ? La coïncidence d'une migraine, de plusieurs hémorrhoïdes anales ne peut que corroborer cette opinion. Je crois en somme que tout doit être rattaché à l'existence de véritables varices intestinales, et que le présent cas rentre dans

la catégorie de ceux dont j'ai parlé ci-dessus, page 247 et suivantes.

Avec cela M. Rufz de Lavison me paraît atteint de dyspepsie intestinale qui, ainsi que je l'ai dit tantôt, est un des symptômes de ces varices du gros intestin. Les phénomènes qu'il décrit si bien jusques et y compris la tumeur résistante, qui n'est à mon avis ou bien que le résultat de la production éventuelle et passagère de gaz dans une anse intestinale, ou bien que celui de la turgescence de varices placées au dessus de l'S iliaque, doivent être expliquées de cette manière La diminution des douleurs sous l'influence d'une légère constipation s'explique par la compression vidant mieux les vaisseaux quand elle vient du dedans au dehors. Et, comme la dyspepsie intestinale est elle-même d'ordinaire accompagnée de douleurs névralgiques, sans compter que la turgescence des veines intestinales peut agir sur la sensibilité nerveuse et engendrer des phénomènes réflexes, elle vient à son tour corroborer encore mon opinion de la nature névralgique des douleurs qui l'ont tourmenté depuis si longtemps et dont la cause première revient à la dysenterie.

Quoi qu'il en soit, il serait prématuré, ainsi que je l'ai dit déjà, de tirer des conclusions touchant ces faits encore trop peu nombreux et trop obscurs. Mais cependant nous pouvons dès à présent prévoir qu'il y a dans cette direction un champ d'études intéressant à parcourir. On peut promettre une ample moisson à celui qui, recueillant les faits épars çà et là, les coordonnant et les complétant par de nouvelles observations, pourra fixer les idées sur ces douleurs diverses qui sont évidemment à mes yeux des reliquats de la dysenterie ; touchant de près à une lésion de la moelle comme à la dyspepsie intestinale, se groupant avec les paralysies et les congestions viscérales ou sanguines pour constituer un chapitre non encore écrit de l'histoire des flux de ventre.

GRAVITÉ

Il y a longtemps déjà qu'on a considéré avec grande raison la dysenterie comme une des maladies les plus funestes à l'humanité; on l'a comparée au typhus, à la fièvre jaune, à la peste. Et même plusieurs auteurs ont fermement cru qu'elle dépasse ces affections, terribles pourtant, sous le rapport du nombre d'individus qu'elle atteint et des proportions de malades qu'elle emporte.

Pour donner tout de suite une idée précise de la gravité de la dysenterie en général, je ne saurais mieux faire que de transcrire textuellement ce qu'en dit d'une manière aussi éloquente qu'autorisée mon éminent ami le professeur Colin, du Val-de-Grâce, dans son remarquable livre sur les épidémies.

« La dysenterie, par sa fréquence et sa gravité, tient parmi les maladies populaires un rang dont l'importance est à peine soupçonnée dans les pays relativement préservés comme le nôtre de cette redoutable affection.

« Son rôle sur la mortalité annuelle est bien autre que celui de la peste, de la fièvre jaune, du choléra. Elle n'est pas comme ces affections astreinte à des circonscriptions régionales limitées; son foyer d'endémicité, ce n'est pas telle ou telle portion d'un littoral, c'est une large ceinture entourant le globe, comprenant toute la zone des climats chauds et empiétant largement sur les limites méridionales des climats tempérés ; et là elle réapparaît chaque année n'offrant pas ces périodes d'intermission multiannuelles qui séparent les explosions des maladies pestilentielles.

« Alors qu'elle règne dans le foyer de ces dernières, elle les dépasse fréquemment en mortalité. Les Anglais, aux Indes, meurent plus de dysenterie que de choléra. Pendant la campagne d'Égypte (1798-1801), elle a tué plus de soldats français

que la peste qui sévissait alors ; et au Mexique (1860-1865) elle a été plus fatale à notre armée que la fièvre jaune.

« Quelle est l'affection qui, presque à toutes les époques et en tous lieux, s'est développée à la suite des guerres prolongées ? Ce n'est pas le typhus qui, malgré son imminence en pareilles conditions, est en somme une maladie moderne, qui a manqué dans les guerres les plus récentes et dont le rôle est nul ou à peu près dans les expéditions de la zone inter-tropicale.

« C'est la dysenterie, dont les auteurs anciens indiquent tous les dangers pour les armées en campagne, dont les guerres les plus modernes n'ont pu s'affranchir, comme on l'a vu pendant les expéditions de Crimée (1854-56), — d'Italie (1859), — du Mexique (1860-65), — pendant la guerre de 1870-71, et qui durant la lutte de Sécession aux États-Unis, constituait à elle seule le tiers des cas de maladies (deux millions environ sur moins de six millions d'entrées aux hôpitaux), dont le rôle enfin est assez considérable dans les guerres des pays chauds pour qu'elle apparaisse fatalement à la suite de chaque expédition au Sénégal, aux Indes, et en compromette souvent les opérations

« Veut-on la comparer aux affections spécifiques les plus vulgaires, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, qui prélèvent un si lourd tribut sur certains âges de la vie ? Au lieu de se restreindre comme elles à certaines catégories d'individus, elle est susceptible d'apparaître chez tous, tuant aussi bien l'enfant que le vieillard, ne conférant point d'immunité ultérieure à ceux qu'elle atteint, entraînant, au contraire, chez eux une aptitude nouvelle. Elle ressemble à cet égard comme au point de vue de son ancienneté et de son extension géographique aux fièvres intermittentes. » (Colin, *loc. cit.*, p. 786.)

Les chiffres parlant facilement aux yeux, beaucoup d'auteurs ont espéré pouvoir donner une indication précise de la gravité de la dysenterie en présentant la proportion des décès relati-

vement aux atteintes, ou celui des atteintes relativement à l'effectif des individus; et nous possédons aujourd'hui un grand nombre d'indications. Je ne les fournirai pas toutes; je vais me contenter d'en donner un très petit nombre, car, je dois le dire d'avance, tout intéressants qu'ils soient, ces tableaux ne présentent que d'une manière extrêmement imparfaite l'état des conditions ordinaires.

Voici d'abord le tableau fait par Hirsch, dans son *Traité de géographie médicale*, en se basant sur les indications fournies par nombre d'auteurs anglais et français.

TABLEAU des proportions de la mortalité de la dysenterie dans divers pays.

LIEUX	MORTS sur 100 atteints.	DURÉE des observations.	OBSERVATEURS
Inde.....	12.3	14 ans	Gordon sur différentes contrées de l'Inde.
Bengale Presid...	9.7	17	Barkey Macpherson, 1816 à 1832.
Madras	9.2	12	Marshall-Balfour.
Secunderabad	14.0	6	Rapport de Madras.
Bombay P.....	9.0	4	Kimirs.
Ceylan	11.0	20	Tulloch (dans certaines épidémies jusqu'à 25 °/₀), Davy.
Pegu	17.0	1	Steward (dans des conditions très défavorables).
Hong-Kong.....	20.0	2	Macpherson (dans des conditions très défavorables).
Maurice	5.3	19	Tulloch (dans des épidémies jusqu'à 30 p°/₀)
Le Cap.....	4.0	19	Tulloch (en 1804 et 1805 la mortalité fut de 20,9 p. °/₀ d'après Lichltensein).
Côte O. d'Afrique.	14.3	18	Tulloch.
Tlemcen	11.7	2	Cambay.
Antilles.....	7.7	20	Tulloch.
Bermudes.... ...	2.4	10	Tulloch.
Malte	4.7	18	Tulloch Hennin.
Iles Ioniennes	3.3	18	Id.
Gibraltar.....	6.0	20	Id.
Angleterre	7.0	10	Id.
Nouvelle-Écosse ..	7.0	20	Id.
Canada.....	5.0	20	Id.

J'ajouterai aux indications précédentes celles qui suivent et que j'ai pu recueillir dans le cours de ma pratique au Sénégal, à la Martinique et à Saint-Mandrier.

Dans une période de vingt ans (de 1852 à 1872), il est entré dans les deux grands hôpitaux de Gorée et de Saint-Louis au Sénégal 65,491 malades, et il en est mort 4,275, soit le 6,5 p. 0/0. Sur ce chiffre d'entrées il y avait 10,083 atteintes de dysenterie, soit le 15, 3 p. 0/0 des entrées générales; et elles ont entraîné 878 fois la mort, soit le 8,7 p. 0/0 des entrées de dysenterie et le 1,34 p. 0/0 des entrées générales.

Dans une période de vingt ans de la même époque à peu près, il est entré dans les deux hôpitaux militaires de la Martinique 39,468 malades, et il en est mort 910, soit le 2,3 p. 0/0.

Sur ce chiffre d'entrées, il y avait 5,630 atteintes de dysenterie, soit le 14,2 p. 0/0 des entrées générales, et elles ont entraîné 116 fois la mort, soit le 2,8 p. 0/0 des entrées de dysenterie et le 0,29 p. 0/0 des entrées générales.

J'ai trouvé dans les archives de l'hôpital militaire de Fort-de-France les éléments du tableau suivant, qui présente quelque intérêt dans le cas où nous sommes placés ici.

LEAU des variations de fréquence de la dysenterie à la Martinique

a éliminer la fièvre jaune			En éliminant la fièvre jaune			Morts de dysenterie relativement aux entrées générales.	OBSERVATIONS
Entrées gén.	Morts de dys. rel. aux ent. de la mal	Morts de dys. rel. à la mortalité gle	Entrées de dys. rel. aux entrées gén.	Morts de dys. rel. aux ent. de la mal	Morts de dys. rel. à la mortalité gle		
3.7	1.8	35.6	29.2	1.6	37.1	5.6	Fièvre jaune.
9.9	2.5	20.5	38.0	3.2	44.4	8.5	Id.
0.5	1.9	20.9	30.8	5.0	45.6	7.1	Id.
»	»	»	»	»	»	»	50 ent. et 10 m. de f. j. à Fort-de-France.
7.4	3.0	54.8	37.4	3.0	54.8	8.0	Pas de fièvre jaune à Fort-de-France.
4.1	1.2	12.6	45.4	1.7	41.4	3.7	Fièvre jaune.
0.0	3.7	42.1	61.5	4.8	72.6	7.7	Id.
5.2	3.1	44.1	74.2	3.5	88.3	5.1	Id.
5.8	2.2	71.4	57.6	2.3	85.5	4.7	Id.
7.8	2.3	69.1	38.8	2 4	75.5	6.2	16 ent. et 5 déc. de f. j. à Fort-de-France.
1.4	3 8	78.0	41.4	3.8	78.0	9.4	Pas de fièvre jaune.
3.9	2.7	68.0	33.9	2.7	68.0	8.9	Id.
7.1	3.2	67.0	37.1	3.2	67.0	8.9	Id.
3.2	3.4	75.5	38.8	3.4	75.5	7.5	Id.
5.7	5.5	70.1	55.7	5.5	70.1	9.9	Id.
4.5	4.4	73.1	64.5	4.4	73.1	6.9	Id.
8.5	5.0	76.4	58.5	5.0	76.4	8.8	Id.
3.4	4.5	69.1	58.4	4.5	69.1	7.7	Id.
3.5	3.6	41.6	31.6	4.7	59.3	8.1	Id.
3.3	3.6	19.0	20.2	5.0	72.6	7.5	Accès de fièvre jaune.
2.7	3.0	43.1	44.9	3.9	72.0	8.8	Id.
5.4	3.8	24.5	30.7	5.5	55.3	7.6	Id.
9.4	2.9	38.7	58.6	4.9	55.9	6.1	Id.
9.0	2.2	26.7	65.2	4.6	57.3	8.1	Id.
4.4	1.5	18.8	33.8	4.8	40.4	2.7	Id.
1.3	2.3	44.8	41.3	2.3	44.0	5.6	Pas de fièvre jaune.
2.6	2.8	57.1	42.6	2.8	57.1	6.7	Id.
3.6	2.6	46.8	48.6	2.6	46.8	8.6	Id.
1.0	4.1	65.0	41.0	4.1	65.0	9.8	Id.
5.4	4.6	55.1	36.4	4.6	55.1	12.8	Id.
9.1	2.0	50.8	29.1	2.0	50.8	6.5	6 cas éventuels de fièvre.
1.4	2.0	43.2	33 5	1.9	46.5	6.4	112 cas de fièvre jaune à la fin de l'année.
5.3	1.5	14.0	19.6	1.6	49.8	8.6	Fièvre jaune.
9.3	3.4	41.6	29.8	3.5	79.3	11.7	Id.
5.3	2.0	40.3	25.3	2.0	40.3	8.4	31 cas de fièvre jaune.
7.5	3.8	8.7	21.9	0.5	26.7	2.1	458 cas de f. j. à partir de septembre.
3.1	3.3	8.7	27.5	0.1	40.0	4.3	Fièvre jaune.
2.9	0.2	3.5	24.6	0.5	26.6	2.4	Id.
3.5	0.7	44.4	23.5	0.7	44.4	3.1	Pas de fièvre jaune.
5.5	0.9	39.8	25.5	0.9	39.8	3.6	Id.
7.6	0.2	14.2	17.6	0.2	14.2	0.6	Id.
3.0	0.4	16.5	18.0	0.4	16.5	1.6	Id.
3.9	0.9	45.2	18.9	0.9	45.2	4 8	Id.
3.8	0.6	32.4	18.8	0.6	32.4	4.0	Id.
3.4	1 4	54.3	23.4	1.4	54.3	6.1	Id.
5.4	0.2	12.3	15.4	0.2	12.3	1.7	Id.
4.9	0.5	27.7	24.9	0.5	27.7	2.0	Id.
9.4	0.3	23.2	19.4	0.3	23.3	2.4	Id.
5.6	0.2	15.9	15.4	0.2	15.9	1.1	Id.
3.1	0.2	3.3	10.2	0.4	17.0	4.6	Fièvre jaune.
2.1	0.7	26.5	22.2	0.7	26.5	3.2	Pas de fièvre jaune.
4.7	0.2	15.3	14.7	0.2	15.3	1.8	Id.
6.0	0.5	24.1	16.0	0.5	24.1	3.3	Id.
9.8	0.7	27.7	20.8	0.7	27.7	3.9	Id.
7.0	0.5	35.8	17.0	0.5	35.8	3.9	Id.
9.0	0.5	16.6	19.0	0.5	16.6	1.7	Id.
2.8	0.3	22.2	12.8	0.3	22.2	1.8	Id.
1.4	0.2	12.8	21.4	0.2	12.8	1.2	Id.

Dans mon livre sur les maladies des Européens au Sénégal j'ai fourni les indications suivantes touchant les proportions d'atteinte et de mortalité (t. II, p. 278). Sur 25,545 hommes qui ont formé la garnison du Sénégal dans une période de 20 ans, j'ai trouvé que cent hommes avaient fourni 189, 9 entrées à l'hôpital, c'est-à-dire que chaque homme y était presque entré deux fois comme malade pendant la durée de son séjour à la colonie. D'autre part, cent hommes ont fourni 29,6 entrées à l'hôpital pour dysenterie, 5,1 de ces hommes ont été renvoyés en France pour cette maladie et 1,9 sont morts sur les lieux mêmes.

Cambay, dans son livre (p. 108), donne aussi des chiffres intéressants touchant la gravité de la dysenterie en Algérie; il cite d'abord le service de Laveran, dans lequel 118 entrées pour dysenterie fournissent 43 morts, ce qui fait un décès sur 2,72 entrées, soit 36 p. 0/0 à peu près, puis il donne pour l'hôpital de Tlemcen les proportions suivantes : 2090 entrées de dysenterie fournissant 508 morts, soit 29 p. 0/0.

Mais comme je l'ai dit précédemment ces chiffres ne sont que curieux quand on veut bien aller au fond des choses; car il ne faut pas oublier ce détail capital que la dysenterie a des différences considérables de gravité et de fréquence d'une année à l'autre et d'une période multiannuelle à une autre dans ce même pays. J'ai fait ressortir la chose en détail dans mon Étude sur les maladies de la Martinique, le démontrant d'une manière surabondante. Et voici d'ailleurs ce que je disais dans ce livre à propos du tableau des variations des fréquences de la maladie de 1820 à 1827 que le lecteur vient de voir il y a un instant.

Ce que je dis à propos de la Martinique que je prends ici pour exemple peut être appliqué à tous les pays où la dysenterie sévit avec quelque intensité; le lecteur n'y verra donc

pas une digression inutile, mais au contraire, le désir que j'ai eu de bien préciser le fait des oscillations de la maladie pour bien le graver dans la mémoire.

Tout d'abord, nous devons songer à cette affirmation avancée par beaucoup d'auteurs, que la dysenterie présente des oscillations de gravité et de fréquence, comparables jusqu'à un certain point aux oscillations de la fièvre jaune. On sait que les médecins de l'Algérie, de l'Inde, des Antilles, etc., ont formulé cette opinion avec une conviction que rien n'aurait pu ébranler dans leur esprit. Eh bien ! si le chiffre de 5,7 p. 0/0 de mortalité est obtenu par l'addition de toutes les années de 1820 à 1877 à la Martinique, il faut reconnaître que l'on a vu d'une année à l'autre la gravité osciller entre 0,6 p. 0/0 (1860) et 12,8 (1849) : écart considérable comme on le constate, de sorte que nous ne saurions nier à notre tour cette variation incontestable dans la léthalité de la maladie. Quant à ce qui est de la fréquence, nous voyons que tantôt la dysenterie est entrée pour le 74,2 p. 0/0 du chiffre des admissions (1827), tantôt au contraire, elle a été seulement de 12,8 p. 0/0 (1876). Je ne tiens pas compte du chiffre de l'année 1869, qui est anormal, car à ce moment on évacua l'hôpital en partie, ce qui a dû fausser les résultats.

Donc nous admettrons comme prouvé, que la dysenterie est tantôt plus fréquente, tantôt plus rare, tantôt plus sévère, tantôt plus bénigne à la Martinique ; et il nous vient aussitôt à la pensée de rechercher : 1° quels sont les moments où elle est plus sévère ; 2° quels sont ceux où elle est plus fréquente ; 3° enfin si la sévérité et la fréquence sont en rapport constant.

Quels sont les moments où la dysenterie est le plus sévère ? — On a dit que c'est précisément pendant les épidémies de fièvre jaune que la dysenterie fait une sorte de

trêve et emporte le moins des individus qu'elle atteint ; il était facile de vérifier cette assertion avec le tableau précédent ; or si, d'une part, on recueille les chiffres des périodes d'épidémie de typhus amaril, on a les résultats suivants :

De 1820 à	1823	3 ans	7,10	p. 100 de mortalité par la dysenterie
1825	1828	4 ans	5,30	—
1839	1844	6 ans	6,80	—
1851	1853	3 ans	8,90	—
1855	1857	3 ans	2,93	—
1869		1 an	4,60	—
	Moyenne. .		5,63	

D'autre part, en additionnant les années où le typhus amaril n'a pas régné, nous avons : 1° pour la période où les transports réguliers et à vapeur n'évacuaient pas périodiquement les malades et les convalescents :

De 1824 — 1 an	8,10	p. 0/0
1829 à 1838 = 10 ans.	8,22	—
1845 à 1850 = 6 ans.	7,60	—
Moyenne. .	8,02	

2° Pour la période où les évacuations périodiques se sont faites régulièrement :

De 1858 à 1868 = 11 ans.	2,82	p. 0/0
1870 à 1877 = 8 ans.	2,60	
Moyenne. .	2,73	

Il est évident que les chiffres de la seconde période doivent être mis de côté, car les conditions ont été profondément modifiées par l'habitude d'évacuer périodiquement les convalescents de la Martinique sur la métropole, et alors nous avons les chiffres 5,63 contre 8,02 ; c'est-à-dire qu'on peut considérer comme prouvé que la dysenterie est plus grave dans l'intervalle des épidémies de fièvre jaune.

Quels sont les moments où la dysenterie est plus fréquente ? — De même que la dysenterie est plus sévère dans

les années où la fièvre jaune ne règne pas, nous pouvons penser qu'elle est plus fréquente ou plus rare dans tel ou tel moment.

On a dit qu'elle s'observe moins souvent lorsque la fièvre jaune règne, que dans les périodes d'intermission du typhus amaril, et la chose est absolument exacte, car lorsqu'une maladie épidémique règne, elle absorbe, on le sait, la plupart des maladies. Mais si nous faisons abstraction du nombre d'entrées à l'hôpital pour fièvre jaune, trouverons-nous encore que la dysenterie est moins fréquente dans les années où règne le typhus amaril ? J'ai compté les chiffres de mon tableau pour cela, et j'ai trouvé que de 1820 à 1840, la moyenne des entrées de dysenterie fut de 46,36 p. 0/0 dans les années de fièvre jaune, quand dans les années où le typhus n'a pas régné elle a fourni le 51,47 p. 0/0 des entrées totales. D'autre part, de 1850 à 1869, la proportion a été de 24,61, quand la proportion des années exemptes de fièvre jaune, de 1858 à 1868, est de 20,10; mais remarquons que les modifications introduites dans le service pendant cette période sont de nature à apporter une grande perturbation dans les proportions, et je crois que le mieux alors est de la laisser de côté. Dans ce cas, il reste ce fait : c'est que la dysenterie est non seulement moins grave, mais encore moins fréquente, tant d'une manière relative que d'une façon absolue, lorsque la fièvre jaune règne à la Martinique. Si nous parlions de l'Inde nous verrions qu'on arrive au même résultat pour les années où règne le choléra. Pour l'Algérie nous verrions que les années où le paludisme est plus intense la dysenterie est, toutes choses égales d'ailleurs, moins fréquente et moins grave. Or la fièvre jaune, le choléra, le paludisme se montrent d'autant plus volontiers, peut-on dire, que les variations de température sont moindres; et nous savons que c'est le contraire pour la dysen-

terie. Nous sommes ainsi ramenés à une pensée que nous avons présentée à propos de la géographie et sur laquelle nous reviendrons quand nous parlerons de l'étiologie.

La sévérité et la fréquence de la dysenterie sont-elles en rapport constant ? — Si nous regardons les années isolément, nous trouvons des écarts assez considérables dans la proportion de la fréquence et de la sévérité de la maladie dans un même moment ; mais, on sait combien on s'exposerait à des erreurs en procédant de cette manière : aussi vaut-il mieux, je crois, prendre des périodes de dix ou de cinq années ; or dans ce cas, nous avons les résultats suivants :

	FRÉQUENCE	MORTALITÉ
De 1820 à 1830	45,43	6,80
31 40	44,30	8,30
41 50	42,71	6,45
51 60	24,88	5,12
61 70	18,68	3,16
71 77	17,39	2,51
De 1820 à 1825	39,16	6,58
26 30	54,70	6,62
31 35	46,00	8,42
36 40	42,72	8,18
41 45	45,92	6,02
46 50	39,54	8,88
51 55	26,02	7,44
56 60	23,74	2,60
61 65	18,90	3,64
66 70	18,46	2,66
71 75	17,50	2,92
75 77	17,10	1,50

C'est-à-dire que nous avons la preuve qu'il n'y a pas de relation constante entre la fréquence et la gravité de la maladie. On voit bien, à mesure qu'on s'approche de notre époque, les chiffres baisser parallèlement ; mais cela tient, je crois, à une autre condition dont je m'occuperai dans un instant ; pour le moment présent nous devons nous arrêter à la conclusion que

je viens de formuler et qui est, d'ailleurs, en parfaite conformité d'idées avec ce que beaucoup de nos prédécesseurs ont constaté.

Pourquoi la dysenterie a-t-elle été, toutes choses égales d'ailleurs, plus sévère à la Martinique de 1828 à 1854 que de 1855 à aujourd'hui? Telle est la question qui peut être posée par le lecteur, et à laquelle il nous est facile de répondre. En effet, il faut se souvenir que, jusqu'en 1853 ou 1854, le temps de séjour aux colonies pour les militaires de l'infanterie de marine était, pour ainsi dire, illimitée, tandis que, pour les navires, il était assez irrégulier, atteignant souvent 36, 40 et même 50 mois. Or, comme on ne s'acclimate pas à la dysenterie et, bien au contraire, qu'on y est d'autant plus disposé peut-être qu'on est depuis plus longtemps dans la colonie, il en résultait un plus grand nombre d'atteintes. D'autre part, le rapatriement étant plus difficile par le fait de l'irrégularité des moyens de communication, il s'ensuivait que nombre de malheureux succombaient fatalement à la dysenterie dans la colonie. Depuis 1854 jusqu'à 1870 à peu près, le temps de colonie a été de trois ans pour l'infanterie, de deux ans pour les marins ; d'autre part, des transports hôpitaux ont fait régulièrement plusieurs tournées aux Antilles par an, et on a vu diminuer sensiblement le chiffre de la mortalité pour la dysenterie. Depuis 1875, les malades ont pu être rapatriés par les paquebots, et la mortalité est tombée encore, puisque nous avons les chiffres suivants :

De 1870 à 1874 inclus = 5 ans. . . 3,22
De 1875 à 1877 inclus = 3 ans. . . 1,57

Ces chiffres ne portant que sur un nombre restreint d'années n'ont pas encore l'autorité qu'ils pourront avoir après une expérience plus longtemps continuée, mais cependant je suis si bien convaincu pour ma part, que je ne crains pas d'avan-

cer la proposition suivante : Si le temps de service colonial était réduit à 2 ans pour tous les individus militaires et marins envoyés de la métropole, on verrait, en continuant à se servir des paquebots pour le rapatriement, le chiffre de la mortalité descendre au-dessous du 1 p. 0/0 des atteintes.

Le tableau que nous avons fourni il y a un instant, en nous occupant du rapport entre la fréquence et la sévérité de la dysenterie, peut nous servir actuellement; il nous montre d'une manière bien claire l'amélioration considérable qui a été obtenue depuis 1820; et, d'ailleurs, si nous jetons les yeux sur les chiffres ci-après, touchant la mortalité générale à la Martinique pendant la même période, notre opinion touchant une amélioration très sensible est parfaitement corroborée.

TABLEAU de la mortalité générale dans les deux hôpitaux de la Martinique

		FORT-DE-FRANCE		SAINT-PIERRE
De 1820 à 1830		7,14 p. 0/0 des entrants.		»
31	40	5,80	—	5,15
41	50	4,94	—	4,97
51	60	3,66	—	6,42
61	70	3,03	—	2,94
71	77	2,07	—	2,41

J'engage en outre le lecteur à parcourir ce que j'ai déjà dit à divers endroits de l'étude précitée sur les maladies de la Martinique, touchant les diverses constitutions médicales qui entraînent un nombre plus ou moins grand d'atteintes et de morts de dyssenterie, me basant tant sur mes observations personnelles que sur celles de mes prédécesseurs.

Ce que je dis pour la Martinique je l'avais dit pour le Sénégal; on l'a dit pour l'Algérie et la Cochinchine, en France, pour l'Inde, en Angleterre, etc., etc., ce qui prouve en définitive que les choses sont semblables dans tous les pays où la dysenterie est fréquente et intense.

Voici d'autre part les chiffres que je trouve pour l'hôpital de Saint-Mandrier pour une période de vingt ans. Saint-Mandrier reçoit, on le sait, des dysentériques d'un peu partout, Cochinchine, Réunion, Sénégal, Antilles, Algérie, et à part les années 1870 et 1871 qui se rapportent à notre malheureuse guerre, toutes les années sont assez comparables sous le rapport du nombre comme de la provenance des malades de son effectif.

TABLEAU des variations de la dysenterie à l'hôpital Saint-Mandrier pendant 20 *ans.*

ANNÉES	ENTRÉES	MORTS	PROPORTION	OBSERVATIONS
1860	215	16	7.4	Il y a eu dans les environs de cent dix mille entrées et de deux mille cinq cents décès à l'hôpital de St-Mandrier dans cette période de vingt années.
61	238	30	12.6	
62	458	48	10.4	
63	260	38	14.5	
64	249	35	14.0	
65	555	31	5.6	
66	460	20	4.4	
67	629	27	4.3	
68	612	37	6.0	
69	386	47	12.1	
1870	1104	141	12.7	
71	1122	140	12.5	
72	724	106	14.5	
73	951	106	11.1	
74	1118	78	6.9	
75	731	68	9.2	
76	772	73	9.4	
77	659	81	12.3	
78	709	28	3.9	
79	554	13	2.4	
	12.506	1.163	9.2	

Pour Saint-Mandrier comme pour la Martinique nous voyons des oscillations dans la gravité des atteintes d'une année à l'autre; nous verrions aussi des oscillations analogues dans la fréquence de la maladie si nous avions mis dans ce tableau les chiffres des entrées générales; de sorte que ce que je viens de dire des résultats analogues qui sont obtenus pour les variations de la dysenterie dans les pays les plus divers se trouve corroboré. Néanmoins nous devons convenir que la méthode numérique appliquée à la gravité de la dysenterie ne peut guère encore nous donner de résultats précis, aussi vaut-il mieux jusqu'à plus ample informé nous en tenir aux indications que fournissent les impressions des auteurs, et ce que j'ai extrait du livre de mon savant ami le professeur Colin, est encore ce qui nous renseigne le mieux. — Il faut ajouter que ces atteintes de dysenterie sont tantôt rares, tantôt fréquentes, tantôt légères, tantôt graves, sans rechercher d'une manière générale à atteindre plus de précision.

Pour ce qui est des conditions individuelles j'ajouterai que dans son excellent livre sur la dysenterie Cambay dit, à propos de la gravité de la maladie (p. 106) : — « La dysenterie est plus grave chez l'homme que chez la femme, dans l'extrême jeunesse et la vieillesse que dans la force de l'âge, chez les individus débilités par la misère, par les privations, les fatigues excessives, la débauche, l'ivrognerie que chez l'homme bien portant, que sa position met à même de suivre les préceptes hygiéniques. La dysenterie est très grave chez les individus qui étaient porteurs avant son invasion d'une irritation aiguë et surtout chronique de l'estomac, de l'intestin et du foie. » Il n'y a rien à ajouter à ces indications parfaitement justes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dysenterie n'est en général pas difficile d'une manière absolue: altération et liquidité des selles et un ensemble de symptômes plus ou moins accentués, plus ou moins graves, tels sont les signes faciles à saisir, sur lesquels on se base pour l'établir. Néanmoins il faut, pour mettre en garde le lecteur contre toute obscurité, signaler quelques affections qui pourraient dans certains cas mettre le praticien dans l'embarras pendant quelque temps au moins. Ces affections sont : *A.* Le choléra; *B.* Le cancer de l'intestin; *C.* Les hémorrhoïdes.

Le choléra peut être confondu avec la dysenterie, dit-on, la chose est plus théorique qu'importante en pratique. Nous éliminons du premier coup le choléra épidémique qui survient à un moment déterminé et où il absorbe la pathologie du moment. Quant aux atteintes de cholérine ou de choléra qui marquent le début de quelques cas de diarrhée ou de dysenterie et à celles qui surviennent dans le cours d'un flux de ventre, elles ont aussi une telle importance qu'elles absorbent toute l'attention, et, ajoutons-le, aussi toute la thérapeutique du moment. Que le sujet ait ou non, doive avoir ou non, la dysenterie, il n'en est pas moins vrai que dès que les phénomènes dits chol riques se montrent, il faut tout laisser de côté pour les combattre sans retard, et alors il n'y a pas de diagnostic différentiel à faire relativement à la dysenterie. Une fois ces premiers accidents passés, si les phénomènes dysentériques continuent, le diagnostic est fait de lui-même et naturellement peut-on dire.

Le cancer de l'intestin ne saurait embarrasser longtemps le médecin pour son diagnostic différentiel d'avec la dysenterie, et, en effet, c'est d'abord avec les flux chroniques qu'il pourrait

être mis en parallèle, or les commémoratifs mettront toujours sur la voie. Lorsque le cancer est situé assez bas pour que l'inspection directe soit possible, on aura dans cette inspection un moyen facile de fixer les idées ; lorsqu'il est inaccessible à la vue, il reste encore l'état des selles qui, si elles sont altérées de forme, sont néanmoins de composition normale le plus souvent. Je ne parle pas du teint cancéreux, des douleurs limitées, de la tumeur que la palpation abdominale fait percevoir le plus souvent. Et d'ailleurs, je le répète, les commémoratifs auront bientôt fait cesser les hésitations si même il a pu y en avoir dans un moment donné.

Les hémorrhoïdes internes seront assez facilement différenciées dès le premier moment de la dysenterie par bien des phénomènes. D'abord, disons que ces hémorrhoïdes pourraient être prises pour une dysenterie aiguë ou bien pour une rectite, et suivant le cas on constate des différences ; ainsi, par exemple, dans les hémorrhoïdes la quantité de sang évacué peut être considérable sans que le sujet ait la moindre fièvre, tandis que la fièvre serait allumée bien avant dans la dysenterie aiguë. D'autre part les selles sont de nature normale à côté du sang qui les enrobe dans les hémorrhoïdes (et aussi dans la rectite dont nous parlerons tantôt), tandis que dans la dysenterie aiguë elles sont très profondément modifiées sous ce rapport. Le diagnostic pourrait être plus difficile, hésitant même, si le sujet porteur d'hémorrhoïdes était passagèrement atteint de diarrhée aiguë assez intense ; mais outre que d'autres phénomènes et les commémoratifs pourraient mettre sur la voie, alors il faut ajouter aussi que l'erreur serait de courte durée et en somme ne serait en rien préjudiciable au malade.

C'est surtout avec la rectite que les hémorrhoïdes peuvent être confondues le plus souvent ; en effet, dans les deux cas l'écoulement sanguin se déclare chez des individus qui peuvent

être sanguins, pléthoriques même, le sang est accompagné de plus ou moins de mucus intestinal, le sang pur est souvent excrété sans douleur dans l'intervalle des selles, et ces selles sont souvent d'apparence normale enrobées de sang ou de mucus, parfois des deux à la fois.

Voici cependant le tableau différentiel entre la rectite et les hémorrhoïdes ; il est très imparfait, très incomplet, mais néanmoins me paraît suffisant vu le peu de cas où cliniquement l'hésitation est possible pendant un temps quelque peu prolongé.

RECTITE	HÉMORRHOÏDES
L'écoulement de sang ne soulage pas le malade.	Le plus souvent un abondant écoulement de sang soulage le malade.
Dans la rectite on ne trouve pas à l'exploration des tumeurs hémorrhoïdaires turgides, — soit en bourrelet hors de l'anus, soit dans l'intérieur du rectum. Mais au contraire de la rougeur et des ulcérations dans les profondeurs de l'anus explorées par le spéculum.	C'est le contraire dans les hémorrhoïdes.
Les matières sont en général entourées de mucosités en même temps que de sang.	Les matières sont entourées le plus souvent d'un sang pur assez abondant parfois et sans traces aussi sensibles de mucosités.

Nous ne consacrerons pas plus longtemps à l'étude du diagnostic de la dysenterie, parce que le sujet n'a pas d'importance pratique. Sans doute on pourrait écrire de longues pages qui

seraient plus obscures que l'aspect du malade pour le clinicien ; et comme dans l'immense majorité des cas, le diagnostic des flux du ventre est chose facile et se fait pour ainsi dire tout seul, nous pouvons passer à d'autres parties de notre travail.

PRONOSTIC

Quant au pronostic il ne nous arrêtera pas longtemps non plus, nous avons assez parlé de lui incidemment en *divers* endroits, en décrivant les *divers* cas qui peuvent se présenter en parlant de la gravité des *divers* flux de ventre. Nous aurons encore assez à en parler en faisant l'analyse des symptômes pour pouvoir être très bref dans ce moment, d'autant qu'on ne peut dire rien de général à ce sujet, c'est toute l'histoire des flux de ventre qu'il faudrait entreprendre si on voulait être complet dans ce paragraphe. Cependant je cède au désir de rapporter textuellement le passage suivant du livre de Cambay qui fixe bien les idées sur un certain nombre de cas (p. 109): « Lorsque, dans le cours d'une dysenterie grave, on voit diminuer progressivement le nombre des selles et survenir les autres phénomènes qui annoncent la résolution de la maladie, on peut porter un pronostic favorable. On devra craindre une terminaison fâcheuse quand, au contraire, les symptômes s'aggravent ou même qu'après avoir atteint leur terminus d'intensité, ils restent stationnaires et ne diminuent pas d'acuité ; si les selles conservent leur fréquence, prennent une apparence aqueuse et contiennent autant de sang que dans le début et qu'en même temps les forces de l'économie paraissent distinctes ; si la matière des déjections est purulente, noire, très fétide : *His vero magis lethalia, sunt nigra, aut pinguia, aut livida, aut æruginosa et fetida stercora* (Hippocrate) ; si elles contiennent de larges escharres gangréneuses et dégagent une odeur de gangrène, ou offrent des portions assez étendues des membran-

de l'intestin ; si le ténesme est extrême : *Plerumque mortis signum est, cum tenesmus tantus est, ut perpetuo hiet anus, unde clysteres statim elabantur, aut ita constringatur, ut nihil possit immitti* (Bursérius) ; si la muqueuse buccale se couvre d'aphtes qu'il ne faut pas confondre avec les ulcérations produites par les mercuriaux ; s'il se forme de fausses membranes dans le pharynx et les voies aériennes ; s'il survient une forte dysphagie, des exanthèmes livides, de l'œdème, des taches scorbutiques sur les membres inférieurs, du hoquet à une période avancée de la maladie, des convulsions chez les enfants et les femmes. *Dysenteria infantum pejor et eidem superveniens convulsio lethalis* (Stoll) ; s'il y a des vomissements violents : *Dysenteria quæ incipiunt cum nausea deinde superveniat vomittis pene omnes lœthale sunt* (Baglivi) ; s'il survient du délire, des soubresauts des tendons, des crampes du coma, de la stupeur, des lipothymies ; si le pouls devient petit, filiforme, irrégulier, intermittent ; si la surface du corps se couvre d'une sueur froide et visqueuse ; si le faciès devient hippocratique et exprime l'anxiété ; si les extrémités sont glaciales, si l'abdomen est le siège d'une douleur augmentant rapidement, se fixant sur un point ; s'il se ballonne tout à coup, devient brûlant et très sensible au toucher ; s'il survient une paralysie du sphincter de l'anus, de la langue et de la face, etc. etc. ; si l'ouïe ou la vue se perd ; si une surdité complète se déclare, et enfin si les urines se suppriment complètement et qu'elles ne reprennent pas bientôt leur cours normal. »

CHAPITRE SIXIEME

ANALYSE DES SYMPTOMES

Dans le but de fournir au lecteur tous les éléments d'appréciation nécessaires pour l'étude de la dysenterie, je vais maintenant que j'ai décrit les diverses formes et les nombreuses complications de la maladie, reprendre ses principaux symptômes et les analyser en détail.

ASPECT EXTÉRIEUR

L'aspect extérieur du sujet est extrêmement variable dans les flux de ventre suivant nombre de circonstances, et surtout suivant qu'on a affaire à une diarrhée aiguë, à une dysenterie aiguë plus ou moins grave, ou enfin à une dysenterie ou une diarrhée chroniques.

Dans la diarrhée aiguë, cet aspect extérieur ne présente rien de remarquable ; on comprend d'ailleurs que l'affection est assez légère et assez passagère pour ne pas imprimer au patient un cachet spécial. Lors, par exemple, que des accidents de cholérine viennent compliquer la scène, cet

aspect extérieur est altéré; mais la maladie est alors tellement modifiée que nous n'avons pas à nous en occuper dans ce paragraphe.

Dans la dysenterie aiguë de moyenne gravité, surtout lorsqu'elle dure depuis peu de temps, l'aspect extérieur du sujet n'est guère changé ; mais pour peu que la maladie ait d'intensité ou de durée, on voit la face prendre un air de souffrance qui indique à première vue, sinon que le sujet présente la dysenterie, au moins qu'il est sous le coup d'une atteinte sérieuse. La chose se comprend très bien en songeant que dans la phlegmasie du gros intestin les sources mêmes de la vie sont attaquées, et pour peu que la situation soit fâcheuse pendant quelque temps, l'assaut supporté est assez rude pour laisser des traces appréciables.

Dans la dysenterie grave on voit, plus encore que dans le degré moyen, cet état de souffrance du sujet ; le faciès est fébrile, le teint est d'abord animé, on sent qu'on a affaire à une maladie aiguë dangereuse, et en peu de temps au milieu de ces attributs fébriles on voit le teint se plomber, la face se gripper, la souffrance imprimer des stigmates qui donneront à la face un aspect particulier pendant un temps assez long.

Dans la dysenterie et la diarrhée chroniques on voit le sujet s'amaigrir graduellement, son teint pâlir et souvent se plomber; en un mot, l'aspect extérieur devenir tellement caractéristique qu'on reconnaît souvent du premier coup d'œil la situation pénible et même dangereuse dans laquelle il se trouve. Chez les uns la peau devient terreuse et comme squammeuse, chez les autres elle est ridée, chez tous la maigreur fait des progrès si persistants et si certains qu'on les voit de bonne heure rendus presque à l'état squelettique bien avant que la maladie soit arrivée à son dernier degré.

Soit dans les formes aiguës, soit dans les variétés chroniques,

lorsque le foie est le siège d'une poussée phlegmasique spéciale et importante, on voit souvent l'ictère se montrer. Mais si dans nombre de circonstances cet ictère est facilement appréciable par son intensité ou sa généralisation dans un grand nombre, ici c'est la pâleur qui prédomine, et il faut un œil assez exercé pour aller chercher aux ailes du nez, aux paupières, aux conjonctives, l'apparence jaunâtre révélatrice de l'affection du foie. Il faut dire même que cette apparence jaunâtre est nombre de fois assez peu marquée pour que les médecins qui ont le plus l'habitude de la complication hépatique soient pris au dépourvu et n'apprécient pas sur ce simple indice l'état réel de la phlegmasie du foie.

Lorsqu'il y a une complication de péritonite dans les flux de ventre, l'aspect extérieur du sujet se montre assez vite : faciès crispé ou au moins respirant un état profond de souffrance ; abdomen ballonné, douloureux ; vomissements caractéristiques, etc. Mais n'oublions pas de dire que si d'ordinaire le diagnostic est facile à faire dans ces cas, quelquefois aussi le médecin ne s'aperçoit pas de cette complication, quelque attention qu'il y prête. Pour ma part, j'ai vu deux ou trois fois des sujets être de plus en plus malades, succomber même sans que je prisse garde à l'état de leur abdomen ; et à l'autopsie je rencontrai des lésions irréfutables d'une péritonite intense, avec même perforation intestinale et épanchement stercoral, tout cela n'ayant provoqué pendant la vie aucun phénomène capable de fixer le diagnostic sur ce point de détail.

Lorsqu'un accès pernicieux, une atteinte de cholérine intense, une attaque d'algidité vient d'une manière intercurrente compliquer un flux de ventre aigu ou chronique, le faciès et l'aspect extérieur du sujet prennent des caractères spéciaux qui mettent vite le médecin sur la voie. D'ailleurs, le diagnostic est tellement facile alors, qu'il est inutile de nous y arrêter plus longtemps.

FIÈVRE

L'état fébrile est nul, on le comprend, dans la diarrhée aiguë légère et durant peu de temps. On sait que l'orage provoqué par des évacuations alvines diarrhéiques analogues à celles que produit un purgatif, par exemple, ne font qu'abaisser un peu la température et sont suivies à peine d'une très légère réaction thermique, de sorte que la fièvre n'existe pas à proprement parler dans le cas présent, très analogue à ce petit orage de purgation. La diarrhée aiguë peut même durer plusieurs jours sans retentir sur la circulation et la calorification du sujet d'une manière sensible, et ce n'est que lorsque la maladie se prolonge ou s'aggrave qu'on constate quelque modification. C'est même ces changements dans l'état du pouls et dans la température qui peuvent à un moment donné renseigner le médecin sur l'opportunité qu'il y a d'intervenir contre une diarrhée aiguë en lui indiquant qu'il ne s'agit plus d'une simple indisposition passagère, mais du commencement d'une phlegmasie qu'il faut combattre de toute nécessité.

Dans la dysenterie de moyenne gravité, l'état fébrile est modéré ; il est plus accentué dans la dysenterie grave. Aussi l'emploi du thermomètre est-il utile ici comme dans toutes les affections aiguës. On s'est peu occupé jusqu'ici des variations de la thermalité dans la dysenterie aiguë, et quoique je l'aie étudiée pour ma part avec quelque attention et sur un nombre assez grand de malades, je ne suis pas en mesure d'en signaler actuellement les particularités. Le lecteur doit donc s'en tenir jusqu'à nouvelles recherches à ces indications ordinaires qu'on donne pour les phlegmasies aiguës, à savoir que la marche ascendante ou descendante de la thermalité montre l'augmentation ou la tendance à la défervescence.

Le thermomètre m'a été plus d'une fois utile pour diagnos-

tiquer de bonne heure une complication hépatique en train d'apparaître ; en effet, lorsque la température éprouvait tout à coup une élévation dans le cours d'une dysenterie qui paraissait aller mieux parce que les selles étaient moins nombreuses et moins mauvaises, il m'est arrivé souvent de démêler le début d'une complication hépatique avant même que la douleur du côté fût assez intense pour appeler l'attention du malade.

Dans la dysenterie grave, l'état fébrile est intense, et là encore il indique si la thérapeutique a ou non une influence favorable sur la marche de la maladie. Aussi faut-il de toute nécessité maintenant recourir au thermomètre d'une manière usuelle, matin et soir, dans la dysenterie comme dans les autres phlegmasies aiguës.

Dans la dysenterie grave, le thermomètre peut indiquer la venue prochaine d'un état algide en montrant un abaissement insolite de la thermalité. Bien plus, en plaçant comparativement un instrument sous l'aisselle et dans l'anus, on peut porter son diagnostic à ce sujet assez à temps pour prévoir cette algidité un peu plus tôt et la combattre par conséquent avec plus de chances de succès, l'ayant prévue de meilleure heure.

Dans la dysenterie et la diarrhée chroniques la thermalité est abaissée, la chose se comprend très bien, et l'examen suivi du sujet avec le thermomètre a, dans ce cas, autant d'importance que dans les flux de ventre aigus. En effet, un brusque ressaut, soit en haut, soit en bas, montre l'imminence d'un accident, d'une perforation, d'une péritonite, d'une phlegmasie hépatique ou bien d'un accès pernicieux, ou d'un état algide ; et si dans trop de circonstances cette indication est inutile malheureusement, dans beaucoup de cas heureusement elle peut avoir son utilité pour la thérapeutique.

On le voit, la question de l'état fébrile dans les flux de ventre

est à peine ébauchée, et pour ma part j'appelle l'attention de mes successeurs sur ce point important de l'étude de la maladie. Je suis persuadé qu'un jeune observateur qui s'attacherait à noter les indications fournies par le thermomètre dans un certain nombre de cas de dysenterie ou de diarrhée aiguës ou chroniques arriverait à des résultats extrêmement intéressants, féconds pour la thérapeutique comme pour le diagnostic.

VOIX

La voix n'est atteinte que dans certains flux de ventre ou dans certaines circonstances spéciales; ainsi dans la diarrhée aiguë et la dysenterie même grave on ne la voit pas changer, à moins que des phénomènes cholériformes ne se manifestent, cas auquel elle se casse, comme on dit, elle perd la pureté de son timbre et finit même par être presque abolie, n'étant plus que soufflée. Dans les flux de ventre chroniques, elle s'altère à mesure que l'individu s'affaiblit, mais ne perd son timbre qu'à une période assez avancée pour qu'on puisse dire que ce phénomène survient seulement dans les cas exceptionnels et à la période ultime.

INTELLIGENCE

L'intelligence n'est très généralement pas atteinte dans les flux de ventre, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que le sujet ne se rend plus compte de son état, lors, par exemple, que des phénomènes dits typhoïdes se manifestent par le fait d'une infection putride ou d'un état gangréneux, soit, au contraire, dans les flux de ventre chroniques lorsque la dépression organique générale a réagi sur les fonctions cérébrales. Le plus souvent, au contraire, l'intelligence n'est pas atteinte dans les diverses formes et les divers degrés de la maladie, de sorte que le malade conserve la plénitude de ses

facultés. Il arrive parfois que la cessation des douleurs qui étaient très vives jusque-là fait penser à un individu atteint très gravement qu'il va mieux, alors qu'au contraire il est au moment ultime de son existence, mais c'est l'exception; le plus souvent le sujet meurt avec la plénitude de ses fonctions intellectuelles.

TUBE DIGESTIF

Le tube digestif est si directement atteint dans les flux de ventre que les phénomènes qu'il présente ont une importance de premier ordre ; aussi devons-nous nous arrêter sur leur compte d'une manière toute spéciale.

Bouche

L'état de la bouche est très différent suivant les cas. C'est ainsi que dans la diarrhée aiguë il n'y a pas grandes modifications en général; la langue est en général large, plate, blanchâtre, à moins de conditions tout à fait particulières, comme l'existence d'une irritation persistante ou occasionnée par l'action topique des aliments.

Lorsque la diarrhée aiguë est très active et tend à la cholérisation de l'individu, la température de la langue s'abaisse, et on a là un indice fidèle de l'état de la calorification de l'individu.

Dans la dysenterie légère, la langue n'éprouve pas d'abord grande altération; mais pour peu qu'elle dure ou soit sévère, on voit cette langue se rapetisser, devenir triangulaire et rougir à la périphérie ; en même temps la muqueuse se sèche, comme toute la muqueuse digestive d'ailleurs, et bientôt les lèvres, les gencives et cette périphérie de la langue prennent un aspect rouge, luisant, qu'on a considéré comme spécial à l'entérite.

Lorsqu'il y a des phénomènes saburraux et surtout lorsqu'il y a des complications hépatiques prochaines, on voit le gazon

épithélial de la base au moins de la langue proliférer assez abondamment. Même dans les cas où les bords étaient rouges et luisants, j'ai vu dans les cas d'hyperhémie du foie cette disposition de la muqueuse linguale qui indiquerait la nécessité des purgatifs pour débarrasser le foie d'une surabondance de bile, si déjà les purgatifs n'étaient pas indiqués par ailleurs.

Dans la dysenterie grave, l'état que nous venons d'indiquer se rencontre plus souvent et plus accentué encore ; la langue peut se *rôtir*, pour nous servir du terme consacré, dans les phénomènes typhoïdes, se couvrir de fuliginosités, se fissurer et donner lieu à l'écoulement d'un peu de sang. Cette langue est tremblotante dans les cas d'accidents ataxiques, mais il n'y a rien de spécial à la dysenterie. De même ajouterons-nous que dans le cas d'accidents d'algidité elle se refroidit.

Dans la rectite il n'y a aucune modification de la bouche ; l'affection est si exactement limitée à l'extrémité inférieure du tube digestif qu'elle n'a, peut-on dire, pas de retentissement ailleurs.

En revanche, dans la dysenterie et la diarrhée chroniques, la muqueuse buccale présente des caractères spéciaux. D'abord elle se décolore, participant ainsi à l'anémie générale. Très souvent aussi elle est le siège de petites phlyctènes herpétiques qui laissent après elles des rougeurs, des exulcérations parfois très pénibles. L'épithélium se reforme de moins en moins activement, de sorte qu'il est bientôt réduit à une mince couche qui est comme un simple vernis appliqué sur le derme. On peut tirer des indications utiles pour le diagnostic et le pronostic de l'aspect de la muqueuse buccale.

Dans les flux de ventre chroniques, quand elle est luisante et amincie, le cas est sensiblement plus grave que dans des conditions contraires ; je dois dire cependant que j'ai vu guérir vite et bien des individus chez lesquels cet état d'amincissement paraissait avoir atteint ses limites extrêmes.

Estomac

L'état de l'estomac est variable suivant les cas : nausées apparaissant facilement dans les cas de diarrhée aiguë, active et accompagnée de coliques ; phénomènes d'embarras gastrique. Dans quelques cas de cette diarrhée aiguë et dans plusieurs de la dysenterie légère, phénomènes d'irritation. Véritable gastrite dans beaucoup de cas de la dysenterie aiguë grave. Enfin, phénomènes de dyspepsie extrêmement variables d'intensité, de persistance, dans les flux chroniques ; voilà ce que nous avons à dire ici des symptômes fournis par l'estomac.

SELLES

L'étude des selles a dans les flux de ventre une importance de premier ordre qui justifie amplement les détails dans lesquels nous allons entrer. On sait qu'elles sont d'aspect, de nature, de consistance variables, suivant les diverses phases, les divers degrés, les différentes formes de la maladie, et on a avancé avec raison que ces selles sont aux lésions de l'intestin ce que l'urine est à celles du rein ou de la vessie.

Disons d'abord que les selles doivent être étudiées jour par jour dans les flux de ventre, et ce n'est qu'après les avoir examinées avec soin qu'on peut se rendre compte de l'état du malade. Cet examen a une importance capitale et qu'on ne saurait trop rappeler à l'esprit de ceux qui n'ont pas encore une opinion basée sur l'expérience. En effet, l'aspect de la selle vous fournit, le plus souvent à lui seul, le diagnostic exact de la maladie, mais surtout vous montre le point où elle en est, la profondeur et la gravité de l'atteinte ; la tendance à l'amélioration, à l'aggravation ou à l'état stationnaire ; l'action produite par la prescription de la veille, par conséquent, s'il faut continuer la médication adoptée ou la modifier ; si les aliments

p euvent être permis ou bien, au contraire, s'il faut les proscrire; si telle ou telle substance est digérée ou non. Bref, répétons-le encore pour bien en graver l'importance dans l'esprit du lecteur : l'examen des selles est de la plus capitale importance dans le traitement de la dysenterie.

C'est au point que, pour ma part, je ne fais pas une prescription à un dysentérique sans avoir examiné avec soin son vase. Conservez les selles pour que je puisse les voir, telle est la recommandation la plus pressante que je fais à tous et à tout instant. Car, je l'avoue, je ne saurais vraiment comment me rendre compte de l'état du malade sans cet examen, et j'estime que j'agirais en aveugle en conseillant de prendre, de continuer ou de cesser n'importe quel médicament si je ne m'étais basé au préalable sur la nature des déjections.

A chaque instant, en effet, un malade vous dit de très bonne foi : Je fais le sang et la graisse. Qu'en inférerez-vous? Il peut avoir une dysenterie de moyenne intensité, une rectite ou seulement des hémorrhoïdes? Il vous dit que ses selles sont liquides, ne contenant pas de sang ; mais sont-elles séreuses, bilieuses, muqueuses, lientériques, etc. etc.? Vous n'en pouvez rien savoir. Enfin, lorsque vous avez fait une prescription, comment pourrez-vous savoir l'effet obtenu si vous n'examinez pas les selles, et par conséquent, sur quoi vous baserez-vous pour continuer ou suspendre une médication?

Pour éviter les chances d'erreur, il est bon d'examiner les selles séparées de l'urine, de sorte qu'il faut bien recommander aux malades de se servir simultanément de deux vases séparés; de cette manière, les divers caractères de l'excrétion alvine sont moins modifiés, et par conséquent plus facilement appréciables.

Les selles doivent être examinées dans les flux de ventre au multiple point de vue de leur nombre, leur abondance, leur

consistance, leur couleur et même leur odeur, et ce n'est qu'en faisant la part de ce qui revient à chacun de ces facteurs qu'on peut se rendre un compte exact de l'état de l'intestin que l'on désire guérir.

Il est bon, je crois, de rappeler tout d'abord au lecteur d'une manière sommaire ce que la physiologie nous a appris des fonctions des dernières parties du tube digestif. Or nous savons que la masse alimentaire modifiée tour à tour par les liquides digestifs, salive, sucs gastrique et pancréatique, bile, mucus intestinal, arrive dans le cœcum à l'état de pâte diffluente contenant encore nombre de parties alibiles. Elle subit là un temps d'arrêt assez grand pendant lequel elle perd de plus en plus par l'absorption ses principes nutritifs et son eau, ce qui, d'une part, lui donne peu à peu l'aspect fécal, et, d'autre part, la condense de manière à en faire une pâte de plus en plus consistante. Cette pâte lubréfiée par le mucus intestinal du gros intestin, se fragmente en général par petites portions qui restent un certain temps dans les ampoules du côlon ascendant et transverse, et peu à peu le mouvement péristaltique les conduit dans le côlon descendant, où l'S iliaque ralentissant encore tout naturellement par sa forme le cours des matières, les agglomère de manière à doser, si je puis m'exprimer ainsi, la masse de chaque évacuation alvine.

Il résulte de ces conditions : 1° que la masse alimentaire prend son aspect et ses qualités fécales dans le gros intestin, de sorte que moins de temps elle y passe, moins elle présente cet aspect de l'état normal.

2° Que cette masse s'épaissit pendant son passage dans le gros intestin, de sorte que moins elle y séjourne, plus liquide elle est, et vice versa.

3° Que les portions qui sont dans les ampoules côliques sont au contact du mucus du gros intestin en même temps qu'elles

abandonnent à l'absorption et leurs principes alibiles et leur eau.

Dans la dysenterie aiguë proprement dite, les selles sont pour ainsi dire toujours liquides, et conséquemment aussi sont nombreuses, il est facile de le comprendre. En effet, d'une part la phlegmasie du gros intestin a pour effet une hypersécrétion de mucus intestinal qui fait que l'intestin contient déjà une certaine quantité de liquide; d'une autre, il y a à cause de cette phlegmasie une exhalation de véritable lymphe plastique provenant du serum du sang, ce qui augmente la proportion du liquide; en troisième lieu, l'augmentation de nombre et de fréquence des mouvements péristaltiques fait cheminer le contenu intestinal d'autant plus vite qu'il est plus liquide; et enfin, la sensation morbide du ténesme qui se manifeste d'autant plus souvent dans la dysenterie que la muqueuse rectale est au contact de matières d'excrétions : tout cela concourt à produire des selles aussi fréquentes que peu consistantes.

Après avoir indiqué sommairement les conditions physiologiques, nous pouvons entrer maintenant dans les détails de notre étude des diverses particularités que présentent les selles dysentériques. Je multiplierai les subdivisions, et souvent il m'arrivera de parler du même état sous deux noms différents; mais le lecteur me le pardonnera en songeant que c'est dans le but d'être utile au praticien que j'ai agi ainsi. J'ai préféré me répéter que de laisser un détail dans l'obscurité, car, je ne saurais trop le répéter, l'examen des selles dans la dysenterie a une importance considérable, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement.

Odeur

L'odeur des selles dans les flux de ventre a une importance parfois très grande sous le rapport du diagnostic et du pro-

nostic, aussi est-ce un élément d'appréciation dont il ne faut pas oublier de se servir.

D'Ormay, qui avait une si grande autorité dans tout ce qui touche les flux de ventre, considérait l'odeur des selles comme très importante ; aussi s'en est-il occupé avec grand soin dans plus d'un cas, et je ne saurais mieux faire que de rapporter textuellement le passage d'un de ses rapports qui a trait à cette question.

« Dans la dysenterie l'odeur des selles a une si grande valeur que j'estime qu'à elle seule elle peut presque suffire pour permettre à un médecin exercé d'établir le diagnostic de la maladie. Je vais tâcher de donner une idée de cette odeur : elle ne ressemble en rien à l'odeur des selles normales. On sait que parmi ces dernières il en est dont l'odeur est fraîche et piquante (tels sont, par exemple, les excréments des petits enfants bien portants), odeur qui se rapproche de celle des tanneries. Avec cette odeur l'intestin n'est jamais malade.

« Les selles moulées de l'adulte ont encore une odeur franche qui les distingue et qui indique la santé du tube digestif. Le produit de la défécation dans la constipation est moins odorant et a quelquefois une odeur chevaline qui prouve un épuisement presque complet des aliments, et par conséquent une digestion vigoureuse. L'odeur fade et nauséuse des selles provoquées par les purgatifs ou les clystères, n'est pas non plus comparable à celle des selles dysentériques. En revanche, l'odeur des selles de certaines affections typhoïdes peut se rapprocher de celle de la dysenterie, mais ce n'est point exactement encore la même odeur.

« L'odeur des selles de la dysenterie est, si je puis m'exprimer ainsi, une odeur chaude et prenant à la gorge, semblable à celle d'un mélange de chair fermentée et de fromage pourri ; je ne connais rien de plus infect. Ce qui s'en rapproche le plus

c'est l'odeur des selles de malades conservées avec les urines dans des bassins de cuivre. Cette odeur ne se fait jamais sentir que quand il y a eu pendant plusieurs jours du sang dans les selles ; il est probable qu'elle est due en grande partie à un commencement de décomposition du sang dans l'intestin au contact des gaz abondants qui s'y développent.

« Cette odeur peut être considérée comme pathognomonique de la dysenterie ; elle est tout à fait *sui generis*, et encore une fois elle ne ressemble à aucune autre ; elle indique presque certainement une érosion de la muqueuse et est le signe probable d'ulcérations intestinales ; toutefois cette odeur n'existe que quand les selles sont quelque temps au moins dans les intestins, car j'ai traité à Saint-Mandrier un zouave rapporté de l'armée d'Italie dont les selles sanglantes s'échappaient continuellement et involontairement de l'anus, et elles n'avaient pas l'odeur caractéristique. »

Consistance

La consistance des selles a, de son côté une importance qu'on ne saurait méconnaître ; elle nous fournit du premier coup d'œil d'utiles renseignements pour le diagnostic.

Les selles présentent une consistance très différente suivant les cas, ainsi, tantôt elles sont solides, tantôt elles sont molles, pâteuses ou liquides.

1er *Cas.* — Les selles sont solides

Si les selles sont solides, elles ont l'aspect normal, ou bien l'aspect de la constipation, c'est-à-dire une densité exagérée et une disposition en petites boules plus ou moins régulières agglomérées d'une manière plus ou moins serrée. Or, je n'ai pas à envisager l'état normal ici. Si elles ont l'apparence de la selle de constipation, comme nous savons qu'une des fonctions

du gros intestin est de retenir le chyme intestinal pendant assez longtemps pour que l'absoption ait le temps de s'effectuer et que la selle se densifie à mesure qu'elle passe plus de temps à franchir l'espace qui sépare la valvule iléo-cœcale de l'anus. Nous en inférerons que les mouvements péristaltiques du gros intestin sont insuffisants ou impuissants, et qu'il y a une première indication à remplir, c'est de hâter ce cheminement, pour que la digestion se fasse dans de meilleures conditions.

Étant donné cet aspect de la constipation, nous dirons qu'en examinant la selle nous voyons qu'elle affecte une des formes suivantes : ou bien elle a la forme d'un cylindre plus ou moins long, assez solidement cohérent, elle est comme constituée par de grosses boules qui sont arrivées au contact l'une de l'autre à une époque où elles étaient encore assez molles pour s'applatir et se correspondre par de larges surfaces, ou bien, au contraire, ce sont de petites sphères qui ont eu le temps de se durcir isolément de manière à conserver une plus grande indépendance entre elles.

Dans le premier cas on peut en inférer que la constipation tient plus à un arrêt des matières à la fin de l'intestin, S iliaque ou rectum dans l'autre, au contraire, on peut être certain que le ralentissement exagéré de ces matières a commencé plus haut; on pourrait presque dire avec une grande habitude de cet examen, si c'est dans le côlon descendant transverse et même dans le cœcum que ce ralentissement a débuté.

Dans quelques circonstances on voit les selles solides, ayant l'apparence des excrétions normales par ailleurs, présenter des flocons blanchâtres plus ou moins volumineux, flocons d'apparence graisseuse; ces flocons, que d'Ormay a vus parfois être aussi gros que des œufs de pigeon, sont composés de margarine provenant d'une digestion imparfaite des matières grasses. Nous pouvons ne pas les étudier davantage en ce moment, nous

aurons à y revenir quand nous nous occuperons tantôt des diverses variétés de selles liquides ; nous verrons alors quelle signification pathologique et quelle indication thérapeutique découlent de cette apparence.

Qu'elles soient seulement solides, denses, ou qu'elles présentent l'aspect de la constipation, si les selles sont baignées par un liquide plus ou moins abondant; nous pouvons avec assurance dire que nous sommes en présence soit d'un de ces flux que l'on a appelés de transition, rectite ou colite dysentériques, soit d'un état hémorrhoïdaire, et pour apporter plus de précision encore dans le diagnostic, nous avons besoin d'examiner avec un soin spécial la nature du liquide qui achèvera de nous renseigner.

Or ce liquide est, ou bien du mucus dépourvu de sang, ou bien du sang pur, ou bien un mélange de sang et de mucus, ou bien encore du pus ; et dans ce dernier cas, ce pus est plus ou moins abondant. Voilà donc cinq cas bien différents qu'il nous faut passer en revue.

I. — Si c'est du sang pur qui entoure la selle, il nous faut examiner s'il est rouge rutilant, ou bien rouge-brun d'apparence veineuse; dans le premier cas, nous pouvons penser qu'il y a eu érosion d'un vaisseau artériel par le progrès d'une ulcération, dans le second nous sommes certainement en présence d'hémorrhoïdes fluentes.

II. — Si, au contraire, c'est du mucus dépourvu de sang qui baigne la selle, nous avons des distinctions à faire pour déterminer la situation avec précision.

Ce mucus, que les malades appellent volontiers *la graisse*, se présente sous l'apparence d'un liquide épais, gélatineux, louche, assez analogue à une gelée tremblotante, à une glaire d'œuf au moment où elle va se coaguler. On l'a comparé aussi au frai de grenouille. Son abondance varie dans de grandes limites;

en effet, elle va depuis la plus minime quantité jusqu'à constituer toute l'excrétion, car dans bien des cas, ce n'est qu'une fois sur trois ou quatre selles que le sujet expulse des matières fécales, les autres excrétions sont composées entièrement par une masse de ce mucus ayant des aspects divers.

Nous savons que le mucus intestinal qui est sécrété dans toute la longueur du tube digestif a ses foyers de sécrétion les plus actifs depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque; or, lorsqu'on le voit abondant, on peut dire tout d'abord qu'il y a une irritation plus ou moins vive de la muqueuse du gros intestin, irritation qui provoque une hypersécrétion de ce mucus, mais cependant que l'altération pathologique ne va pas jusqu'à la destruction complète de la fonction de cette muqueuse et à fortiori de sa destruction matérielle. Si des ulcérations ou la gangrène avaient désorganisé profondément cette muqueuse, nous n'aurions pas ce mucus abondant qui est le produit de sa sécrétion.

En voyant ce mucus abondant dépourvu de sang, nous diagnostiquerons ce flux de transition que nous avons appelé la colite dysentérique, et nous penserons qu'il n'est pas à une période ou sous une forme active qu'il est occasionné par une irritation de la muqueuse sans ulcérations nombreuses et surtout profondes, cas dans lequel nous aurions du sang, ou du sang et du pus mélangés au mucus.

Nous penserons que c'est à une colite dysentérique que nous avons à faire plutôt qu'à une rectite, parce que dans la rectite il y aurait moins de mucus, pour la raison que la surface de sécrétion serait moindre.

D'ailleurs, ajoutons que le diagnostic différentiel entre la colite et la rectite dysentérique a besoin de s'appuyer sur d'autres éléments pour être établi : ainsi si les envies d'aller à la garde-robe sont presque constantes, s'il y a du ténesme

presque continu, quelques phénomènes morbides du côté des organes génito-urinaires, nous pencherons vers la rectite. Au contraire, nous songerons à la colite, si nous savons que le malade a surtout des coliques sourdes précédant la selle qui s'excrète avec peu ou point de difficulté et de douleurs.

III. — Si nous avons du mucus et du sang mélangés avec prédominance de l'un ou de l'autre dans le cas où les selles paraissent normales, souvent d'aspect dense et moulé des selles de constipation, par ailleurs nous porterons le diagnostic de rectite ou de colite en activité, avec ulcérations plus ou moins profondes, et ce que nous avons dit tantôt nous indiquera que c'est à la rectite ou bien à la colite que nous avons affaire.

IV. — Si mélangé au mucus seul, ou au mucus teinté de sang, il y a du pus, nous pourrons dire avec assurance que nous sommes en présence d'ulcérations intestinales plus ou moins profondes, suivant le cas; ulcérations que nous savons siéger sur la muqueuse du rectum ou sur celle du côlon, suivant les phénomènes : ténesme, dysurie, coliques, que nous constaterons par ailleurs.

V.— Dans certains cas, le pus se trouve dans les selles telles que nous les avons définies, selles normales ou d'apparence de constipation, et il s'y trouve en telle abondance qu'on est en droit de se demander quelle est son origine. On a vu en effet dans quelques circonstances la dysenterie avoir un retentissement violent sur le foie, provoquer un abcès dans cet organe, abcès qui s'est vidé dans l'intestin, et cela juste au moment où l'état du flux de ventre était tel qu'on se demandait si le pus provenait simplement de la surface intestinale ou arrivait de plus loin. Un abcès du rein ou de telle autre partie des organes abdominaux peut aussi arriver dans l'intestin de la même manière ; enfin la muqueuse épaissie et ulcérée peut suppurer assez abondamment pour fournir une suffisante quantité de ce liquide purulent.

Il est assez facile, en général, de faire le diagnostic différentiel, et en effet, si le sujet n'a jamais présenté de dysenterie ni d'altération des fonctions digestives dans aucun cas, on éloignera l'idée de l'ulcération et de la suppuration de la muqueuse du gros intestin, et on cherchera alors à l'aide de commémoratifs et de la palpation de l'abdomen quelle peut être l'origine de la suppuration en présence de laquelle on se trouve.

Si, au contraire, le sujet a été atteint de dysenterie, l'idée d'une collection purulente étrangère au tube digestif ou à ses annexes sera écartée, et à l'aide des commémoratifs d'une part, à l'aide de la palpation d'autre part, on arrivera à déterminer le plus souvent la source de la suppuration. Dire qu'on y arrivera toujours et facilement serait imprudent, à mon avis, parce que dans plus d'un cas l'obscurité peut rester extrême malgré tous les efforts; mais néanmoins, dans la très grande majorité des cas on arrivera très bien à savoir si c'est la muqueuse intestinale qui fournit le pus ou bien si c'est le foie.

2e *Cas.* — Les selles sont molles ou pateuses

Les selles molles ou pâteuses, assez cohérentes pour ne pas couler comme un liquide aqueux et pas assez solides pour conserver la forme cylindrique du moule intestinal dans lequel elles se sont élaborées, peuvent présenter des aspects très différents, répondant à des cas spéciaux bien déterminés.

Nous laisserons naturellement de côté, et le lecteur en comprend facilement la raison, le cas où un purgatif ou bien l'alimentation est venu modifier d'une manière toute passagère la consistance des selles, car si nous négligions cette élimination, nous serions obligés de recommencer à parler en détail des cas de rectite ou de colite de transition que nous venons d'étudier, et ce

serait une longueur inutile, car avec les indications que nous avons fournies déjà, le lecteur peut se figurer, le cas échéant, comment les choses doivent se passer, suivant les différentes conditions possibles.

Néanmoins, malgré cette élimination, il reste encore nombre de cas intéressants à étudier.

D'après ce que nous savons du rôle physiologique du gros intestin, nous pouvons inférer à la vue d'une selle pâteuse qu'elle a mis un temps trop court à franchir l'espace qui sépare la valvule iléo-cœcale de l'anus, et comme conséquence que l'absorption des matières alibiles de la masse alimentaire introduite dans le tube digestif est incomplète : d'où une double indication thérapeutique qui se dégage aussitôt : chercher à ralentir le cours des matières dans le gros intestin pour favoriser l'absorption des principes alibils des aliments ingérés.

Selles boursouflées et brunes. — Elles doivent cet aspect à la surabondance de la bile, de sorte qu'il y a indication de provoquer encore le dégorgement du foie par de nouveaux purgatifs; car si on tendait au contraire à redonner à ces selles la consistance solide qui entraînerait un plus long séjour dans le gros intestin, on ne ferait qu'augmenter les chances d'irritation et d'ulcération de la muqueuse.

On voit parfois les selles avoir une couleur jaune plus ou moins foncée, aussi claire que celle de l'or ou du cuivre jaune décapé par exemple, et se présenter sous l'apparence d'un corps assez épais, comme des œufs brouillés ou une omelette faite par un cuisinier malhabile. Cet aspect de selles appartient à la forme bilieuse de la dysenterie aiguë et en général est l'indice d'un état assez léger ou de médiocre gravité. Ajoutons en passant qu'il y a, dans ces cas aussi, indication d'insister sur les purgatifs pour faire évacuer le trop plein de bile que contient encore l'appareil hépatique.

Selles boursouflées grises ou blanchâtres indiquent que la bile n'est plus en abondance extrême, et par conséquent que le moment est venu où on va pouvoir chercher à les rendre plus solides sans qu'elles exercent une action topique trop agressive sur la muqueuse du gros intestin ; mais il ne faut pas oublier aussi que cet état boursouflé indique l'existence d'une irritation persistante de cette muqueuse, irritation qu'il faudra chercher à combattre directement par des lavements émollients ou légèrement détersifs.

Les selles pâteuses peuvent contenir des flocons plus ou moins gros de margarine ; dans quelques cas même cette margarine est assez abondante pour donner à l'excrétion un aspect cendré. Nous nous occuperons tantôt de ces selles à margarine en parlant des selles liquides.

3e *Cas.* — LES SELLES SONT LIQUIDES

On doit comprendre dans cette catégorie non seulement les selles absolument liquides, mais encore celles qui ont une certaine densité, mais qui cependant sont excrétées en assez petite quantité à la fois pour constituer à la simple vue et l'examen des plus indifférents du vulgaire une selle pathologique.

Les selles liquides présentent des variétés nombreuses qui répondent à des états bien déterminés et très différents les uns des autres ; le tableau suivant nous donne une première idée de ces variétés.

TABLEAU des diverses catégories de selles liquides.

Séreuses.....	Grises, sans grumeaux ni dépôt. Colorées en jaune clair, ocre ou vert. Grises surnagées par de petits corpuscules verdâtres. Grises surnagées par une portion boursouflée de la consistance des œufs à la neige. Grises avec de petits îlots sanglants analogues aux crachats des pneumoniques. Contenant des flocons de margarine.
Muqueuses.....	Spumeuses. Bilieuses. Lientériques. Muco-sanglantes. Purulentes.
Gangréneuses.	
Hémorrhagiques.	

A. SELLES SÉREUSES

Nous venons de voir qu'elles sont de catégories assez diverses ; passons-les successivement en revue.

Selles séreuses grises sans grumeaux ni dépôt appréciable — Ces selles, dont le type est le résultat d'une purgation au sulfate de soude, ont l'aspect d'une purée extrêmement légère ou simplement d'eau trouble ; elles peuvent être considérées comme favorables, parce qu'elles montrent d'une part qu'il n'y a pas excès de bile, d'autre part que l'irritation de la muqueuse du gros intestin est de minime intensité. C'est donc à ces selles qu'il faut chercher à arriver dans le traitement des flux de ventre, car il n'y a plus alors qu'à diriger les efforts de la thérapeutique vers leur solidification pour que la guérison soit obtenue.

Selles séreuses colorées en jaune clair, ocre ou vert. — Ces

selles indiquent qu'il y a surabondance de bile encore, et par conséquent qu'il faut continuer à agir d'une manière déplétive sur le foie.

Selles grises ou blanchâtres surnagées par de petits corpuscules verdâtres plus ou moins abondants. — C'est le même cas que le précédent. un peu différent sous le rapport de l'aspect extérieur, mais identique au fond et par conséquent réclamant les mêmes moyens thérapeutiques.

Selles séreuses grises ou blanchâtres avec de petits îlots sanglants assez analogues pour l'aspect aux crachats pneumoniques. — Ces selles sont un degré de gravité de plus que le précédent; l'irritation de la muqueuse du gros intestin a dépassé l'hyperhémie et a provoqué de véritables ulcérations, de sorte qu'il y a indication comme précédemment d'agir par la bouche sur la sécrétion biliaire, et aussi par l'anus à l'aide de lavements émollients sulfatés ou rendus légèrement détersifs par un autre médicament pour modifier topiquement cette irritation de la muqueuse.

Selles contenant de la margarine. — Il y a une variété de selles séreuses qui est intéressante à observer, parce qu'elle présente des flocons plus ou moins abondants d'apparence, graisseuse, de couleur blanche, blanc jaunâtre ou blanc grisâtre, et, comme le disait d'Ormay, donnant à ces selles une sorte d'apparence de soupe grasse refroidie.

A diverses reprises je me suis occupé de ces selles; j'avais entrepris à leur sujet, tant à la Martinique qu'à l'hôpital Saint-Mandrier, des experiences qui avaient fixé mes idées déjà lorsque j'ai eu connaissance des recherches faites par d'Ormay bien avant moi sur ce sujet. Mon opinion étant semblable à celle de mon savant collègue, c'est à lui qu'il faut rapporter ce qui touche cette question, et voici d'ailleurs un extrait textuel de ce qu'il dit sur ce sujet.

« Cette matière ne tache pas le linge, elle ne contient pas d'oléine, présentée au feu elle fond et brûle comme les corps gras ; elle est, en effet, constituée par les principes solides des graisses margarine et stéarine et provient des aliments gras, particulièrement du bouillon. L'oléine est absente, elle est donc digérée ; il en est ainsi du beurre et des huiles, qui ne se retrouvent pas dans les selles ; je me suis assuré de ce fait par plusieurs séries d'expériences dans lesquelles je me bornais à varier le régime des malades sans autre traitement, et aussitôt que je rendais le bouillon gras ces matières reparaissaient.

« Cette forme particulière de selles s'accompagne habituellement d'aigreurs d'estomac et de gastralgie ; on les rencontre fréquemment dans nos salles à certaines époques de l'année quand les digestions languissent.

« Cela provient de ce que nous n'avons guère en Cochinchine la possibilité d'avoir beaucoup de soupes maigres, et que dans la viande de médiocre qualité que nous consommons il se trouve sous un poids déterminé une proportion de matières grasses et d'os plus forte qu'elle ne devrait l'être relativement à la chair musculaire ; d'où il suit que nous avons de la soupe moins bonne et plus grasse qu'avec de bonne viande. Il résulte de là que quand la digestion intestinale se fait péniblement par suite du mauvais fonctionnement du foie et du pancréas aux époques de transition des saisons, par exemple, et dans l'imminence des états typhoïdes, les graisses ne sont plus émulsionnées et passent en grande partie dans les selles.

« Connaissant la cause on était bien près du traitement, puisqu'il suffit de supprimer tout aliment gras, surtout la soupe, et de donner un agent capable de suppléer la fonction du pancréas, c'est-à-dire qu'il faut émulsionner les graisses en les saponifiant. Dans l'espèce, l'oxyde de magnésie est précisément celui qui convient ; aussi, quelle que soit la maladie dans laquelle

se présente la margarine dans les selles, diarrhée, fièvre typhoïde, dysenterie, etc. etc., il faut immédiatement supprimer tout aliment gras et administrer un gramme de magnésie calcinée sacrifiant s'il le faut les autres parties du traitement à celle-là. On peut être certain que la graisse disparaîtra des selles dans les vingt-quatre heures. Ce résultat n'a jamais manqué de se produire entre mes mains, et l'on ne concevrait guère qu'il pût en être autrement. Cette affirmation repose aujourd'hui sur plusieurs centaines d'observations. Et pour moi, lorsqu'il y a de la margarine dans les selles, la magnésie calcinée est aussi formellement indiquée que les bols nitrés, camphrés quand le pouls est onduleux et dicrote. »

Mes recherches ont absolument corroboré celles de d'Ormay, et j'ajouterai seulement que ce n'est pas parce que la viande est de mauvaise qualité en Cochinchine qu'on y observe souvent la margarine dans les selles, j'ai vu cette substance se montrer après l'ingestion de bouillons faits avec une viande irréprochable. Cette margarine est en rapport étroit avec l'inaptitude passagère ou permanente du sujet de digérer les graisses, et non en relation avec la qualité de la viande employée pour faire la soupe ou les divers mets qui sont servis aux valétudinaires.

B. SELLES MUQUEUSES

Les selles muqueuses peuvent être, avons-nous vu, spumeuses, bilieuses, lientériques, mucoso-sanglantes, purulentes.

Les selles spumeuses sont celles qui ressemblent le plus aux selles séreuses, établissant la transition entre celles-ci et les selles bilieuses. Elles ont parfois l'aspect de selles séreuses surnagées par une portion boursouflée ou écumeuse de la consistance des œufs à la neige, ou ressemblent encore, sous le rapport de cette consistance, à l'écume qui se voit au-dessus de la bière qui fermente. — Ces selles indiquent une irritation plus

marquée que dans les précédentes de la muqueuse du gros intestin, de sorte qu'elles indiquent non seulement l'emploi des purgatifs pour débarrasser le foie de son trop plein de bile, mais encore celui des lavements, soit émollients, soit détersifs, destinés à modifier la muqueuse du gros intestin.

Les selles bilieuses. — A proprement parler, les selles sont toujours bilieuses ; mais elles prennent ce nom par l'excès du fluide biliaire dans le cas qui nous occupe ; ces selles bilieuses ont des teintes différentes suivant les malades, depuis la couleur ocre clair jusqu'au marron foncé, passant par toutes les teintes différentes du jaune ou bien tirant au vert dans toutes les limites possibles. Quelles qu'elles soient, ces selles donnent lieu aux mêmes indications thérapeutiques, l'évacuation de la bile pour dégorger le foie, en vertu de cette sorte d'action épuisante qu'ont les purgatifs vis-à-vis de la sécrétion hépatique.

Les selles lientériques. — Ce sont celles qui contiennent des fragments d'aliments incomplètement désagrégés et encore plus ou moins facilement reconnaissables. Elles montrent péremptoirement que l'alimentation est défectueuse et qu'il faut la changer, car les substances alimentaires qui traversent ainsi le tube intestinal sans être convenablement élaborées par les sucs digestifs, sont une cause puissante d'irritation par leur action topique.

Les selles mucoso-sanglantes. — Ce sont celles qui sont constituées par du suc intestinal du mucus, de la lymphe plastique et du sang provenant d'ulcérations de l'intestin ; elles ont un aspect différent suivant les cas, et dans tous indiquent qu'il y a des ulcérations de la muqueuse. Au microscope, on trouve dans ces cas les éléments de cette muqueuse en plus ou moins grande quantité, depuis les glandes en tube isolées jusqu'à des petits fragments de la tunique elle-même. Parmi ces selles mucoso-sanglantes, on appelle selles à aspect de *lavure de chair*

certaines excrétions liquides de la dysenterie aiguë qui sont formées d'un liquide rosé ou rougeâtre dans lequel se trouvent des parties plus consistantes et comme albumineuses. Ces selles sont l'indice d'ulcérations relativement profondes et surtout en voie d'accroissement dans la dysenterie aiguë; elles réclament une médication énergique, car elles seront accompagnées à courte échéance d'une aggravation de l'état du sujet, si on les laisse sans modification.

Dans les selles appelées lavure de chair, il existe toujours du pus, et on peut le démontrer à l'aide du microscope; mais comme c'est un pus séreux et d'ailleurs peu abondant, il ne suffit pas pour donner l'aspect purulent à l'évacuation alvine.

Dans quelques cas, les selles semblent être constituées par un liquide louche, rougeâtre ou jaunâtre, et on ne croirait pas être en présence de déjections provenant d'un état grave, si on ne prenait pas soin de décanter le liquide. On voit dans cette opération que par le repos la selle s'est partagée en deux portions : l'une supérieure, liquide et trouble; l'autre inférieure, filante et ayant la consistance d'une glaire d'œuf ou d'un sirop de gomme. Cette portion inférieure est tantôt grise, tantôt jaunâtre, elle est de couleur uniforme quelquefois, et dans quelques circonstances contient de petits corpuscules noirâtres qui sont en tout semblables à une prise de tabac qui aurait été incorporée dans l'excrétion alvine.

Ces selles sont toujours l'indice d'une grande gravité de l'atteinte, car la consistance sirupeuse est plus souvent due à du pus véritable qu'à la seule présence du mucus cœcal et colique.

Quant à ces parcelles noirâtres, on n'a pas de peine à reconnaître que ce sont de petits caillots sanguins extrêmement tenus et des portions de muqueuse sphacélée. On dirait que les glandes en tube ont été saisies par une inflammation qui les a étranglées et qu'elles ont été expulsées par la continua-

tion du travail inflammatoire, laissant une série de très petites cavités qui se sont remplies de sang et ont donné ainsi naissance à une infinité de caillots sanguins minuscules.

D'autres fois, les selles mucoso-sanglantes ont l'aspect qu'on a appelé *frai de grenouille*, et qui est sensiblement différent; en effet, au lieu d'être constituées par un liquide rougeâtre contenant des grumeaux albumineux ou sanglants, c'est une substance analogue à une épaisse solution de gomme ou à une glaire d'œuf à peine cuite et contenant plus ou moins de sang. — Il est important d'établir la distinction des deux aspects, car le premier appartient à la dysenterie aiguë tendant à aggraver, tandis que le second est l'indice de l'existence d'une rectite qui, dans l'immense majorité des cas, est une affection bénigne.

Les selles purulentes sont assez différentes les unes des autre pour qu'il soit impossible de les ranger pans une même catégorie. Voici les principales variétés de ces selles purulentes :

1° Il y a le cas dont je viens de parler à propos des selles lavures de chair, et on peut dire que c'est le plus mauvais, car il est l'indice d'une atteinte grave de dysenterie aiguë;

2° D'autres fois on voit le pus être en assez grande abondance pour constituer à lui seul plus ou moins souvent la majeure partie de la déjection. Dans ces conditions, c'est *A.* ou bien que le sujet a eu un véritable phlegmon interstitiel de l'intestin; *B.* ou bien qu'il évacue dans ce moment par l'intestin un abcès formé dans le voisinage, et le plus souvent alors c'est un abcès du foie; *C.* ou bien encore qu'il est dans le cours d'une rectite à ulcérations profondes et fournissant une abondante suppuration; *D.* ou bien enfin qu'il porte une dysenterie chronique avec sécrétion purulente sur une vaste surface de l'intestin.

On le voit, les cas sont bien différents de l'un à l'autre sous tous les rapports, de sorte qu'on ne peut les comprendre ni

dans une même description, ni dans le même pronostic, ni dans les mêmes indications thérapeutiques. Il est donc de toute nécessité, lorsqu'on se trouve en présence de selles purulentes, de déterminer d'où elles proviennent et de la signification qu'elles ont, car, on le comprend, il serait souverainement téméraire de substituer une médication qui s'adresserait par exemple à la rectite en cas d'abcès du foie s'évacuant par l'intestin, et je n'ai pas besoin de faire d'autres spécifications à ce sujet.

SELLES GANGRÉNEUSES

Nous avons déjà parlé de quelques varietés des selles gangréneuses en nous occupant de l'exagération de l'aspect dit lavure de chair. Dans quelques cas, disons que l'odeur est le seul indice bien positif, car sans elle on croirait que ces selles lavure de chair n'appartiennent encore qu'à la dysenterie du moyen degré de gravité. Le plus souvent, les selles gangréneuses sont formées par un liquide roussâtre, d'origine manifestement sanglante, contenant des petits corpuscules noirâtres; on dirait du tabac à priser tombé au fond du liquide. A mesure que le caractère gangréneux s'accentue, ces parcelles noires deviennent plus volumineuses; en même temps, le liquide prend une teinte plus livide, passe au brun, au marron et arrive à avoir l'aspect de l'eau qui délaye du putrilage. — Du pus, des parcelles de muqueuse peuvent se rencontrer dans ces selles; mais ce qui les caractérise surtout dans tous les cas, c'est l'affreuse odeur de putréfaction qui s'en échappe.

Il arrive souvent dans ces cas qu'une hémorrhagie intercurrente vient momentanément changer l'aspect de la selle; mais ce qui est frappant alors, c'est qu'avec l'apparence du sang pur et frais l'odeur gangréneuse est restée tout entière.

SELLES HÉMORRHAGIQUES

Nous en avons assez parlé précédemment à propos des complications de la dysenterie pour n'avoir pas besoin d'insister bien longuement sur leur compte maintenant. Ces selles ont l'aspect de caillots noirs plus ou moins diffluents lorsqu'ils proviennent d'assez haut dans l'intestin, et peuvent aller jusqu'à la substance de l'hémorrhagie artérielle bien évidente lorsqu'ils ont leur source tout auprès du sphincter de l'anus.

EXAMEN DES SELLES AU MICROSCOPE

L'examen des selles au microscope a fourni des renseignements très importants dans les flux de ventre depuis nombre d'années déjà, et promet des moissons abondantes de faits et de détails intéressants à ceux qui s'en occuperont de nouveau.

M. Kelsch, qui s'est occupé avec tant de succès de l'étude histologique de la dysenterie, a donné les indications suivantes touchant les selles dysentériques examinées au microscope.

Au début, les selles sont constituées par une matière glaireuse pelotonnée qui n'est que du mucus fourni par les glandes intestinales surexcitées dans leur sécrétion. Ce mucus est plus ou moins mélangé à du sang, ce qui lui donne ces aspects frai de grenouille, rouille, qui sont signalés dans les observations. Ces selles indiquent irrécusablement l'hyperhémie et l'irritation sécrétoire des glandes de la muqueuse intestinale.

Si on les examine au microscope, on y rencontre des cellules épithéliales, indice de la desquamation primitive de la surface interne de l'intestin.

On trouve aussi des corpuscules de mucus. On rencontre le plus souvent des corpuscules rouges nombreux signalés par M. Coze et Feltz, présentant un aspect crénelé et qu'ils ont

considérés comme des organismes fermentifères implantés sur des hématies.

Enfin, ajoutons qu'on trouve dans ces selles un grand nombre d'infusoires parfaitement mobiles.

Lors de l'exfoliation de la muqueuse les selles perdent le caractère glaireux, ont alors l'aspect de sérosité rougeâtre sécrétée par les surfaces ulcérées; c'est ce qu'on appelle *lavure de chair ;* on trouve aussi des pellicules, des concrétions membraniformes des cylindres membraneux entiers provenant évidemment de la muqueuse, la question est jugée aujourd'hui.

Quand la dysenterie est arrivée à l'état chronique, les selles ne contiennent plus d'exfoliations; il n'y a plus ni mucus ni lavure de chair, c'est de la saine purulente ichoreuse, quelquefois grise ou ardoisée; dans ce dernier cas c'est à cause de la présence du sang altéré.

PARASITES

Depuis bien longtemps on est porté à penser que les flux de ventre sont dus à des parasites, et à mesure que le rôle des infiniment petits a été diversement apprécié dans la production de nos maladies, on a prêté à ces parasites un rôle plus ou moins important.

On sait que Nicolas du Saulsay (*Journ. de méd.* de 1757) a parlé d'une épidémie de dysenterie règnant à Fougères, en Bretagne, en 1757, et due d'après lui à des ascarides lombricoïdes. Dubroueix (*Journ. de méd.*, 1788) rapporte un fait analogue pour la ville de Clisson, pour 1765 et pour 1788. Brand, médecin de l'armée, avait parlé en 1677 de pareille chose. Pringle, Van Swietten, Degner, etc. etc., ont attribué aussi la dysenterie à ces lombrics; mais un examen ultérieur a montré

qu'il y avait seulement coïncidence et non relation de cause à effet.

Linné attribuait déjà, on le sait, la dysenterie à un animalcule du genre acarus, qui, se transmettant d'individu à individu, rendait la maladie contagieuse; mais personne n'a trouvé ce parasite, que je sache, dans les intestins ou dans les selles des malades, et il faut rejeter l'idée dans le domaine des pures vues de l'esprit.

Enfin dans le courant du siècle dernier et au début de celui-ci on a signalé nombre de parasites d'origine animale ou végétale dans les selles dysentériques et diarrhéiques, sans qu'on soit aujourd'hui encore fixé d'une manière quelque peu positive sur leur valeur étiologique ou la signification de leur présence dans les selles.

C'est surtout de nos jours que l'étude des parasites des flux de ventre a fait de véritables progrès, et je suis heureux de constater que les médecins de la marine ont apporté sur ce point de la science des documents précieux. Tout le monde sait, en effet, que c'est à mon savant camarade le Dr Normand qu'est due la découverte de l'anguillule dans la diarrhée de Cochinchine. M. Bavay, de son côté, a aidé à la description de l'animal, et grâce à ces travaux, comme à ceux de M. Breton et de maints autres, nous avons déjà de bonnes indications qui gagneront en précision et en développements avec le temps et de nouvelles recherches.

Voici la description de l'anguillule que j'emprunte aux descriptions de MM. Bavay et Normand (*Arch. de méd. nav.*).

« L'anguillule stercorale peut conserver ce nom qui lui a été donné dès sa découverte; elle diffère fort peu, en effet, de l'anguillule terrestre, *Rhabditis terricola* de Dujardin (genre leptodera de Schneïder), et ses différences ne paraissent pas d'ordre générique. L'espèce seule est nouvelle et peut être caractérisée

ainsi : *Rhabditis stercoralis*, *leptodera stercoralis* ; le nom de *stercoralis* lui a été donné en raison de l'habitat qu'on lui connaît.

« A l'état adulte l'animal est long environ de un millimètre, large de 0 m/m 04; la grosseur du corps varie un peu suivant l'état des œufs qui le distendent. Le corps est cylindrique, un peu aminci en avant, beaucoup plus effilé en arrière, et plus chez la femelle que chez le mâle. La surface du corps est lisse, des plis transversaux nombreux y apparaisssent quand on le vide par la pression.

« La bouche a trois lèvres bien distinctes, est suivie d'un œsophage triquètre qui, après un rétrécissement allongé, se dilate en un gésier ovoïde. L'intestin fait suite à ce gésier et commence par une sorte de ventricule dans lequel s'invagine l'appareil œsophagien, dans les mouvement d'avant en arrière dont il est susceptible. L'intestin a des parois plus visibles, mais est limité par un appareil glandulaire divisé dans sa longueur en petites masses symétriques; il vient aboutir à un mamelon situé au côté droit du corps, près de la base de la queue. Le développement de l'utérus déplace et déforme toujours un peu ce canal intestinal.

« Un peu au-dessous du milieu du corps et à droite s'ouvre une vulve donnant accès dans un utérus qui s'étend du ventricule intestinal jusqu'auprès de l'anus, et où sont empilés des œufs en nombre variable suivant l'état plus ou moins avancé de l'animal, 6 à 30 et plus. Les petits éclosent dans le ventre de la mère; plus souvent les œufs sont pondus contenant un embryon bien formé et mobile; quelquefois ils sortent avant l'apparition de l'embryon : on ignore si alors ils sont féconds. La multiplication a lieu en moins de cinq jours.

« Le mâle est plus petit que la femelle d'un cinquième environ ; les glandes qui chez lui accompagnent le canal digestif

sont plus nettement dessinées, et elles sont accompagnées d'une autre glande longue semblant constituée par de petits globules arrondis. Cet organe, le testicule, sans doute, vient aboutir à un spicule situé à la base de la queue. Celui-ci est constitué par deux petites pièces cornées recourbées, renflées au-dessus de la base, amincies au sommet et canaliculées. Ces deux spicules sont égaux et situés sur le même plan transversal; l'appareil fait saillie par l'anus ou tout à fait dans son voisinage. La queue contournée à droite dans le même sens que les spicules est deux fois moins longue que celle de la femelle.

« Pendant l'accouplement, le mâle enroule une fois et demie ou deux sa partie caudale autour de la partie vulvaire du corps de la femelle, dont les ovules sont bien visibles. Le nombre des mâles est bien moins grand que celui des femelles.

« Quand l'animal sort de l'œuf il est bien différent de celui dont je viens d'abréger la description; il a 0 m/m 1 environ et 0 m/m 002 de largeur; son canal digestif se distingue mal; son œsophage occupe les deux cinquièmes du corps, qui s'allonge rapidement sans grossir. Quand il a atteint 0 m/m 24 environ il devient très agile. Son canal digestif apparaît comme une bande transparente limitée de chaque côté par un amas de granulations; il n'y a pas de traces de l'appareil génital. C'est là le premier âge de l'animal.

« Au deuxième âge le corps s'élargit, l'appareil œsophagien se dessine, les glandes du voisinage de l'intestin se rapetissent par masses. Une vésicule apparaît au côté droit qui deviendra l'utérus. Les dimensions sont alors de 0 m/m 33 et 0/0 023; on trouve fréquemment dans les selles cet état, et le canal digestif contient alors souvent des globules gras qui proviennent sans doute du lait.

« Avant de passer au deuxième âge, l'animal subit une mue; on le voit, dans les éducations où on peut le suivre

heure par heure, prendre d'abord sur ses bords un aspect dentelé qui lui donne un peu l'apparence d'une scie à chaîne, puis on le retrouve comme engainé dans un tube un peu plus long et plus large que lui dans lequel il se meut d'abord obscurément, puis il s'agite assez vivement, mais sans pouvoir progresser. Ce dernier est quelquefois le seul qu'on constate dans les déjections de certains hommes.

« Les vers sont habituellement groupés par paquets de 3 à 6, quand la gaine n'est pas encore bien détachée du corps, et c'est dans l'épaisseur des mucosités les plus visqueuses simulant des lambeaux membraniformes qu'il faut aller les chercher en se servant du pouvoir le plus pénétrant, car leur transparence et leur absence de mobilité les rendent difficiles à trouver. Quand l'animal s'agite il est parvenu en général à s'isoler, et ses mouvements le rendent facile à apercevoir. La gaine dont il cherche à sortir est extrêmement transparente, et quand elle est bien débarrassée des corpuscules qui lui adhèrent et dont elle est comme hérissée, on voit à travers elle le ver et ses organes intérieurs caractéristiques. Un examen prolongé permettra d'assister à la sortie du ver, qui commencera ses évolutions dans les liquides environnants, tandis que la gaine restera sur place, surtout apparente par ses contours et quelques plicatures.

« Ainsi nous avons constaté cinq états différents pour l'anguillule : 1° l'embryon dans l'œuf; 2° la jeune larve récemment sortie de l'œuf; 3° ce que j'appellerai l'état de mue ou plutôt l'état engainé, si je ne craignais pas d'affirmer non le fait de la mue, qui a été constaté, mais de préjuger que le tube où l'animal est vu soit la peau qu'il veut quitter ; 4° l'état parfait jeune ; 5° enfin, l'état parfait adulte mâle ou femelle.

« Les changements d'état n'exigent pas de migration ; on rencontre dans les selles des vers à toutes les périodes, sauf

les larves jeunes, et même des œufs sans embryon, et on peut voir le ver passer par tous les états dans des déjections conservées dans des vases non clos. Toutefois ceux qui, éclos dans ces vases, passent à la deuxième forme sont rares ; la vie au milieu des mucosités de l'intestin n'est pas tout à fait indispensable, mais paraît favorable à cette phase de l'évolution.

« Toutes les déjections qui contiennent même abondamment de ces vers ne sont pas propices à leur culture, certaines formes de déjections qui doivent leur coloration brune avec une consistance sirupeuse à la présence de matières alimentaires féculentes me semblent être plus propres à ce genre d'éducation. La matière ne disparaît que lentement et par évaporation, mais conserve ses propriétés liquides jusqu'au moment où elle ne consiste plus qu'en une sorte de vernis sur le fond du vase. Les déjections fournies par les hommes au régime lacté pur ne conservent pas bien le parasite, fait important à un autre point de vue. Toutes les matières stercorales enfermées dans des flacons, tubes, etc. etc., éprouvent une fermentation après laquelle on ne retrouve plus bientôt que des cadavres qui eux-mêmes disparaissent assez vite. Sur des plaques de verre toute matière se dessèche rapidement, et après vingt-quatre heures il ne reste plus que des cadavres.

« Il faut remarquer cette faculté de l'animal de vivre cinq à six jours dans les matières sorties de l'intestin, pourvu qu'il ne soit pas tué par la fermentation ou la dessiccation. Cette propriété peut être la cause de son introduction dans le canal digestif de l'homme.

« Le nombre de ces vers que certains malades expulsent chaque jour ne peut se représenter qu'avec six ou sept chiffres ; plus de cent mille et parfois plus d'un million. Ce nombre est d'ailleurs assez variable, suivant les maladies et même suivant les jours chez chaque malade en particulier. »

Le Dr Normand ne rencontra les anguillules que chez les diarrhéiques de Cochinchine, ce qui put le porter à penser à une spécificité toute particulière de ce flux de ventre; mais le Dr Chauvin trouva plus tard cette anguillule chez un malade provenant des Antilles; on l'a vue au Sénégal, à la Guyane, et je ne serais pas étonné qu'on la constatât, quoique beaucoup plus rarement peut-être, chez certains diarrhéiques de nos pays.

Ajoutons que M. Normand a trouvé une fois une anguillule fécondée et en train de pondre dans l'estomac; mais le plus souvent ce n'est que du pylore à l'anus qu'on rencontre le ver dans les autopsies.

Enfin nous dirons encore, d'après M. Normand, que les malades chez lesquels on a constaté la présence de l'anguillule présentent en général le ver pendant longtemps et même après la modification de leurs selles. Les oscillations du nombre d'anguillules peuvent faire penser à des éclosions successives.

M. Breton, médecin de première classe de la marine, a fait pendant son séjour en Cochinchine des études intéressantes sur l'anguillule, et voici les principales particularités qu'il a mises en lumière à ce sujet : d'abord il s'est demandé comme MM. Normand, Chastang, Bonnet, Vauvray et nombre d'autres dans quelles proportions on rencontrait le parasite. On avait dit cinq, dix, quinze, dix-huit pour cent, mais les observations n'avaient jamais été faites sur un nombre très grand de sujets. Le docteur Breton a étudié 244 malades atteints de flux de ventre en Cochinchine sous le rapport qui nous occupe, et il a trouvé les proportions suivantes :

	NOMBRE DE CAS	ANGUILLULES	PROPORTION
diarrhées simples	55	»	»
— chroniques	34	3	8,8
dysenterie aiguë	100	»	»
— chronique	55	17	10,9
	244		8 p. 0/0

Le Dr Breton dit n'avoir jamais rencontré d'anguillule à aucun moment de la période aiguë de la dysenterie ou quand les selles sont très bilieuses. A ce sujet il nous apprend que plaçant dans un verre un peu de matière provenant d'un dysentérique et contenant des anguillules, il ajouta dans l'un d'eux une quantité égale de selles très bilieuses provenant d'un dysentérique qui n'avait pas d'anguillules. Or en treize heures toutes les anguillules furent mortes, alors que dans le tube où il n'y avait pas de matières bilieuses elles étaient restées parfaitement vivaces.

C'est en général après le sixième mois de l'existence du flux de ventre, c'est-à-dire lorsque la maladie a bien résolument pris les allures chroniques, que l'on commence à rencontrer des anguillules dans les selles, et même, ajoute M. Breton, chez certains malades présentant des anguillules dans les selles, on voit ces parasites disparaître tout à coup sans raison apparente et sans changement appréciable dans l'état général.

Cette question de l'apparition et de la disparition des anguillules est encore entourée de grandes obscurités, et à son propos je dois rappeler le fait suivant qui a un grand intérêt. M. A., médecin en chef de la marine, passe huit ou dix jours à Saïgon à la fin d'une longue campagne dans les mers du Sud, de Chine et du Japon ; peu après son départ, alors qu'il arrivait dans les zones tempérées, il fut pris de diarrhée qui passa à l'état chronique et qui, disons-le en passant, a été tellement intense et persistante qu'il a dû prendre prématurément sa retraite. Or, dès son arrivée à Toulon, ses selles furent examinées vingt, cinquante fois peut-être, par MM. Normand, Bavay, Bonnet, etc. etc., sans qu'on y trouvât la moindre trace d'anguillules, et ce n'est que trois ans après le début de la maladie qu'un jour on commença à en rencontrer, et bientôt on en

découvrit de grandes quantités. Ajoutons que la présence de ces anguillules ne fut jamais, pas plus chez lui que chez les autres malades, en relation directe avec la gravité ou l'intensité de la maladie dans un moment donné.

J'ajouterai que pour ce qui regarde l'action des agents thérapeutiques, le Dr Breton a fait une série d'expériences d'après lesquelles il a conclu que la chlorodyne tue les anguillules en deux ou trois minutes. Le phénate d'ammoniaque les tue instantanément. La glycérine les tue et les décompose en quelques instants, deux ou trois minutes ; mais il fait remarquer avec raison que lorsque ces substances sont donnée, au malade par la bouche, elles perdent absolument cette propriété parasiticide : des malades traités pendant quinze à vingt jours de suite par la chlorodyne ont continué à rendre des anguillules.

La présence des anguillules a paru à beaucoup indépendante du degré de gravité du malade. Pour ce qui est de la provenance du parasite, nous dirons qu'on a pensé que l'anguillule pourrait bien être ingérée avec les aliments, légumes et fruits que l'on mange à l'état cru, et on a dit que l'habitude qu'ont les jardiniers cochinchinois d'arroser leurs plantes avec une eau contenant des matières fécales humaines délayées pouvait avoir quelque influence sur la dissémination du ver. Mais à Toulon, les jardiniers fument leurs terres de la même manière, et quoique l'anguillule vive très bien dans la latitude, on n'a jamais constaté le moindre fait pouvant faire croire à ce mode de propagation du ver.

On le voit, jusqu'ici la question été tellement obscure et nos renseignements sont tellement incomplets qu'il serait absolument téméraire de poser des conclusions à son sujet. Nous en sommes pour le moment à la phase de collection

des faits ; ce n'est qu'ultérieurement qu'on pourra essayer de les coordonner et de les interpréter.

On a trouvé d'autres parasites dans les selles des diarrhéiques chroniques, et sans parler de ceux que le cerveau déjà malade alors de notre regretté camarade Dounon, de la médecine navale, a signalés dans une série de mémoires, je dois ajouter que M. Normand a trouvé quatre ou cinq fois dans la partie supérieure de l'intestin un nématoïde auquel il faudra peut-être prêter autant d'importance qu'à l'anguillule stercorale. Le docteur Normand a vu aussi dans les selles des diarrhéiques la sarcine de l'estomac très fréquente chez les hommes qui n'ont pas encore été soignés : le *protococus guttulatus*, des champignons, des œufs de trichocéphale, de tœnia, un autre ver plus long et plus opaque que l'anguillule, des œufs d'anguillules, ces corps particuliers trouvés dans les autopsies de choléra et représentés dans l'ouvrage de M. Robin, de l'Institut (pl. XII et p. 676 du texte) ; très rarement il a rencontré des glandes intestinales et des cellules d'épithélium cylindrique de l'intestin.

TÉNESME

A en juger par ce qu'ont dit certains auteurs qui ont appelé la dysenterie du nom de *ténesme*, on devrait, à priori, penser que ce phénomène doit être constant dans les flux du ventre ; il n'en est pas ainsi, ce ténesme n'appartient qu'à quelques-uns, il fait, par exemple, défaut dans la diarrhée aiguë et ne s'observe pas toujours soit dans la dysenterie de moyenne gravité, soit dans les flux chroniques. En revanche il existe si généralement dans la rectite que nous avons vu Celse désigner cette rectite de ce nom.

Le ténesme, tout en étant un phénomène très pénible, ne peut guère servir au diagnostic de la maladie par lui seul ; en

effet, quand il a été constaté, l'esprit reste flottant entre l'idée de la rectite et celle de la dysenterie proprement dite, de sorte qu'il faut recourir à d'autres éléments d'appréciation, heureusement ils ne font pas défaut : la nature des selles d'une part, l'état fébrile d'autre part, mettent rapidement sur la voie. Étant admis que l'on est en présence d'un cas de dysenterie aiguë proprement dite, on répète assez volontiers que le ténesme indique l'existence de la forme inflammatoire. Je ne le crois pas, car dans la forme bilieuse, par exemple, je l'ai vu être très accusé. C'est plutôt un phénomène local qu'un indice de l'état général ou de la forme spéciale de l'affection.

On ne saurait faire du ténesme un symptôme différentiel entre la dysenterie inflammatoire et la dysenterie typhoïde ; car s'il est incontestable que le plus souvent ce ténesme est plus accusé dans la première que dans la seconde, et cela parce que dans la première les ulcérations du rectum sont plus fréquentes et plus profondes, il n'en est pas moins vrai que parfois l'excès d'inflammation désorganise le rectum et abolit l'impression douloureuse dont il est le siège, de sorte que c'est précisément cet excès d'inflammation qui a détruit le symptôme qu'on pourrait presque appeler pathognomonique.

Dans la dysenterie typhoïde, le ténesme n'existe pas autant et aussi souvent que dans la dysenterie inflammatoire, et l'autopsie en donne bien clairement l'explication.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons dire que le ténesme va depuis la cuisson légère jusqu'aux douleurs les plus violentes dans la dysenterie, suivant les cas et les sujets. Mais cependant, nous ne pouvons établir aucune relation entre son intensité et celle de la maladie, car s'il coïncide dans la dysenterie aiguë souvent avec une aggravation ascendante, il est, comme nous l'avons dit, l'apanage de la ectite, qui n'a pas de gravité le plus souvent.

Les ulcérations de la rectite siègent, ainsi que le montre d'Ormay, de préférence sur la paroi antérieure, c'est-à-dire dans les environs de la prostate et du col vésical. Cette disposition explique pourquoi les rectites se compliquent si fréquemment de ténesme vésical presque dès leur début.

COLIQUES

Les coliques sont fréquentes dans les flux de ventre, quels qu'ils soient; la diarrhée aiguë la plus éphémère n'en est pas exempte ; on les observe dans la dysenterie aiguë comme dans les flux de ventre chroniques. Elles existent à des degrés divers chez les différents sujets, sont plus vives en général dans les atteintes graves que dans les légères, mais cependant la chose n'est pas absolue, car dans maintes circonstances on voit le contraire ; des coliques deviennent de plus en plus vives lorsque l'inflammation péritonéale se manifeste, et elles sont parfois horribles au moment où l'intestin va se perforer sous peu. Mais cependant rien n'est absolu encore pour ces cas ; au contraire, et comme je l'ai dit précédemment, on a trouvé parfois à l'autopsie une péritonite intense alors que pendant la vie le sujet n'avait présenté aucune douleur bien appréciable du côté du ventre.

Il y a de nombreuses différences entre les sujets sous le rapport des coliques, non seulement au point de vue de l'acuité, mais encore à celui de la manière dont elles se manifestent. Chez les uns, elles sont véritablement intermittentes, chez d'autres elles sont continues, avec des augmentations et des diminutions. Chez plusieurs elles signalent, au moment de leur apparition, l'arrivée d'une selle, si bien que le sujet saute à bas de son lit dès qu'elle se manifeste. Chez d'autres, au contraire, elles laissent un intervalle plus ou moins long entre leur manifestation et l'excrétion alvine.

Dans ce qu'on a appelé la dysenterie sèche, les coliques jouent un rôle très important, puisqu'elles constituent presque à elles seules toute la maladie. Delioux a voulu établir une corrélation entre les coliques spéciales dites coliques sèches et la dysenterie, et il en a fait la base d'une théorie que je ne saurais adopter pour ma part ; mais quoi qu'il en soit, on voit que le phénomène colique a une importance assez grande pour mériter d'être étudié avec soin dans l'avenir.

Pour le moment présent, nos connaissances sont encore trop imparfaites pour permettre de porter un jugement sur cette partie de l'histoire de la dysenterie, et je m'arrêterai ici, en rappelant cependant que c'est à tort, à mon avis, qu'on a rattaché, depuis Lefèvre, toutes les coliques à l'intoxication saturnine. Il faut revenir sur cette idée, et ce ne sera que lorsqu'on aura établi de nouveau que dans quelques-unes d'elles l'intoxication saturnine n'existe pas, que l'on sera dans de bonnes conditions pour entreprendre cette étude.

TROUBLES URINAIRES

Nous avons vu, en décrivant les divers degrés et les diverses formes de la maladie, que l'on observe assez souvent des phénomènes du côté des organes urinaires. Nous n'avons pas grand'chose à ajouter ici. Ces troubles sont souvent de véritables coliques vésicales, dans certains cas de la dysurie ou de l'inertie vésicale, allant jusqu'à la paralysie. Ils méritent d'attirer l'attention du praticien, qui devra employer les calmants intus et extra dans les atteintes aiguës pour faire diminuer les accidents douloureux, qui devra recourir au besoin au cathétérisme dans les flux chroniques ou bien dans les flux aigus de grande gravité, pour empêcher la réplétion exagérée de l'organe, qui à son tour pourrait devenir une cause d'accidents.

CHAPITRE SEPTIÈME

ÉTIOLOGIE

L'étiologie a une grande importance dans l'étude de la dysenterie, car suivant qu'on se rattache à telle ou telle opinion, il en découle des conséquences extrêmement différentes, tant pour le traitement que pour la prophylaxie de la maladie. Malheureusement cette partie de son histoire est une des moins bien connues, les idées les plus contradictoires ayant été tour à tour formulées par les hommes que l'on considère comme faisant autorité en nosologie ; de sorte que celui qui n'a pas encore d'opinion bien arrêtée par une pratique personnelle reste hésitant sans oser se déclarer pour l'un ou pour l'autre des nombreux facteurs étiologiques incriminés.

La raison de l'obscurité qui règne encore touchant l'étiologie de la dysenterie tient peut-être à la complexité du problème devant lequel on se trouve, et si les opinions ont varié sur la valeur de tel ou tel facteur, c'est, je crois, parce que dans certaines circonstances c'est celui-ci, dans d'autres c'est celui-là qui doit

être mis en cause. Et c'est probablement aussi parce que la maladie n'est pas due le plus souvent à une influence isolée, mais à des conditions multiples que l'on ne peut apprécier sainement qu'en les envisageant dans leur ensemble et avec les réactions qu'elles exercent l'une sur l'autre.

On voit donc dès le premier mot que je suis disposé à ne pas prêter à un seul élément une influence essentielle dans cette question de l'étiologie de la maladie. Comme on le verra d'ailleurs plus loin, je suis convaincu que cette maladie est le résultat d'une rupture d'équilibre à laquelle plus ou moins de conditions étiologiques ont contribué. Mais pour bien fixer d'abord le lecteur sur les diverses particularités du problème complexe que nous étudions, je dois procéder premièrement par analyse. Je vais donc passer en revue toutes les causes qui ont pu être incriminées, et ce n'est qu'après ce travail que je pourrai entreprendre la synthèse.

Les auteurs ont varié dans de grandes limites quand ils ont voulu classer les diverses causes de la dysenterie, et si je rapportais ici les classifications qui ont été proposées, j'aurais d'interminables pages à écrire, ce qui serait une longueur sans utilité. Aussi me permettra-t-on d'être aussi bref que possible sur ce sujet.

Delioux a partagé les causes de la dysenterie en trois grandes catégories : *A*. Les causes prédisposantes, dans lesquelles il fait entrer l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, les climats, les pays, les localités, l'acclimatement, les saisons et les constitutions atmosphériques, les miasmes, les maladies antérieures ; *B*. Les causes déterminantes, c'est-à-dire les excès et les vices du régime alimentaire (boissons et aliments), les refroidissements; *C*. Enfin les causes spécifiques, l'endémie, l'épidémie et la contagion.

La classification suivante semble réunir toutes les précé-

dentes, et fournit d'un coup d'œil la plupart des causes qui ont été invoquées.

- *A*. Causes extérieures à l'individu.
  - Pays.
  - Localités.
  - Nature du sol.
  - Climat.
  - Miasmes.
  - Constitution médicale.
- *B*. Causes inhérentes à l'individu.
  - Conditions générales.
    - Age.
    - Sexe.
    - Constitution.
    - Race.
    - Acclimatement.
  - Conditions spéciales.
    - Régime.
      - Aliments.
      - Boissons.
    - Refroidissement.
    - Suractivité du foie.
  - Conditions pathologiques.
    - Miasmes.
    - Maladies antérieures.
    - Paludisme.
    - Anémie.
    - Perversion biliaire.
    - Infection.
    - Contagion.

Sans doute ce tableau est très complet, mais un de ses premiers défauts est une grande étendue, qui fait que la mémoire retient difficilement ses divers détails, et bien qu'il renferme l'ensemble de la question, il la présente d'une manière assez confuse et assez obscure pour rebuter l'esprit du premier coup. Aussi, comme en somme les classifications ne sont faites que pour faciliter l'étude, on peut dire que, toutes choses égales d'ailleurs, les plus courtes sont les meilleures, et j'accepte pour ma part très volontiers celle de mon savant ami Léon Colin, du Val-de-Grâce.

L'éminent professeur dit que la dysenterie reconnaît surtout trois ordres de causes :

A. Les causes météoriques ;

B. Les causes alimentaires ;

C. Les causes infectieuses.

Et si nous tenons compte du quatrième facteur *D*, la réceptivité du sujet, nous avons, je crois, un moyen simple et commode de passer en revue les diverses conditions qui régissent l'étiologie de la dysenterie, tout en rappelant, comme je viens de le dire il y a un instant, que cette analyse serait insuffisante si nous nous arrêtions à elle seulement, et qu'après l'avoir faite il sera nécessaire de tenter la synthèse pour tâcher de nous rendre un compte satisfaisant pour l'esprit de la valeur et de la puissance relative de chacun des divers éléments que nous allons étudier.

A. — CAUSES MÉTÉORIQUES

Ces causes qui sont extérieures à l'individu comprennent l'action du climat, de la chaleur, du pays, de la nature du sol, etc. etc. Leur influence a été considérée comme puissante dans la production de la dysenterie par nombre de médecins; mais il faut convenir qu'il y a encore beaucoup d'obscurités à faire disparaître sur ce point de la question, et qu'il faut entrer dans bien des détails pour se faire une idée satisfaisante de la valeur de ce facteur étiologique. Pour en donner une preuve, je dirai par exemple que lorsqu'on lit ce qui a été écrit par cent auteurs au sujet de cette action du climat sur les flux de ventre, on comprend à la complexité des raisonnements, à l'obscurité des hypothèses acceptées par tel ou tel, que bien des indécisions ont régné dans l'esprit de ceux qui ont voulu élucider le problème.

Les uns ont voulu faire intervenir la latitude, d'autres la lon-

gitude ; il en est même qui ont cru pouvoir conclure que l'hémisphère boréal est plus propice que l'austral à la genèse de la maladie. Certains se sont rejetés sur la nature géologique du sol; d'autres ont incriminé un autre facteur, sans songer qu'il ressortait en somme de ces divergences pour un esprit impartial cette conclusion : qu'une question aussi longuement étudiée sans succès bien marqué est une question non résolue jusqu'ici.

Je vais dire quelques mots de chacune des conditions précitées pour pouvoir indiquer plus méthodiquement et en détail les diverses opinions formulées sur ce point de l'histoire de la dysenterie; j'essaierai ensuite de donner une appréciation raisonnée sur leur valeur absolue et relative, c'est-à-dire sur l'opinion qu'on peut avoir touchant leur action isolée ou collective.

Climat

La plupart des auteurs disent : l'influence des climats est inconstestable, les climats chauds prédisposent d'une manière toute particulière à la dysenterie. La chose est vraie, je crois, je ne fais aucune difficulté pour l'admettre ; mais je ferai remarquer qu'en y regardant de plus près on s'aperçoit bientôt qu'on n'a pas fait avancer beaucoup la question de l'étiologie de la maladie en l'acceptant. Car si, en faisant la moyenne climatologique de tous les pays du monde, on voit la dysenterie croître en fréquence dans une proportion exactement inverse du chiffre de la latitude, on n'obtient qu'une donnée absolument stérile au point de vue pratique.

En effet, on trouve à chaque instant, quand on s'occupe des maladies des divers pays d'un même parallèle, qu'il y a des différences immenses qui resteraient absolument inexplicables si on n'avait pas d'autre élément d'appréciation.

Nous allons voir, en poursuivant l'étude de l'étiologie de la dysenterie, que bien d'autres conditions sont plus ou moins

puissantes dans l'ordre des causes météoriques; et si on veut dès à présent des conclusions pour ce qui touche l'influence du climat dans la genèse de l'affection, il faut dire : les climats chauds sont, toutes choses égales d'ailleurs, ceux dans lesquels on voit le plus fréquemment la dysenterie ; mais la question des variations de température est infiniment plus puissante que celle des chiffres maxima, minima ou moyens. C'est ce qui fait, par exemple, que des climats comme celui du Gabon et de la Guyane, sensiblement plus chauds que ceux de la Sénégambie et des Antilles, sont cependant beaucoup moins propices à l'éclosion de la dysenterie.

Chaleur

La question de la chaleur se lie essentiellement à celle des climats, de sorte que ce que nous allons dire se trouve tout naturellement être la continuation de la question précédente; seulement, au lieu de parler de la température qui résulte de la position géographique d'un lieu, nous allons nous occuper de celle qui tient à la saison ou qui survient accidentellement dans certaines années dans un pays déterminé. Or il ressort d'une observation faite avec soin et pendant longtemps que, dans les pays tempérés de l'Europe et de l'Amérique du Nord, on a constaté un très grand nombre de fois que la dysenterie se montrait avec plus de fréquence, et parfois assez fréquente pour pouvoir être considérée comme épidémique, lorsque les étés avaient été très chauds.

Quand on examine les diverses grandes épidémies dont on connaît l'histoire sous le rapport qui nous occupe, on constate que d'une manière vraiment très remarquable elles ont coïncidé avec de fortes et mêmes d'exceptionnelles températures dans les pays où elles ont régné. C'est ainsi, par exemple, que l'épidémie de 1540 qui désola l'Angleterre fut précédée de cha-

leurs estivales telles que les sources tarirent, que les rivières se desséchaient et que le bétail mourait faute d'eau. Celle de 1583 en Allemagne, celle de 1601 dans le même pays, de 1604 à Gênes, de 1622 en Lorraine et dans les Pays-Bas, de 1645 en Angleterre, de 1668 dans l'Allemagne occidentale, survinrent pendant des étés remarquablement chauds et secs ou orageux. Dans l'une on parle des sources qui tarissent, dans l'autre des plantes et des fruits qui se dessèchent, dans d'autres des récoltes brûlées par la sécheresse ; bref, toutes paraissent s'être développées et avoir évolué dans ces mêmes conditions.

Les épidémies plus récentes de la fin du dernier siècle et de tout celui-ci n'ont pas fait exception à cette règle de leur apparition et de leur coexistence avec des températures élevées.

En revanche, les faits pullulent pour nous indiquer qu'à mesure que la température restait froide la dysenterie a diminué d'intensité et de fréquence, a disparu même au bout d'un certain temps.

Sans doute, il n'est pas impossible de signaler des exceptions à cette règle, et c'est ainsi, par exemple, que l'épidémie de dysenterie de 1817 dans le Massachusets, de 1845 dans l'Alabama, de 1831 à Namur, de 1840 à 1843 à Plymouth, de 1841 à Metz, régnèrent, dit-on, dans des conditions de fraîcheur et d'humidité de l'atmosphère qui sont en opposition avec les faits précédents. Mais ces cas sont si peu nombreux, relativement à la masse des autres, que, si même en admettant qu'ils ont été assez bien étudiés sous le rapport de la chaleur ou bien sous le rapport de la nature de la maladie pour ne pas prêter le flanc à la discussion, ils vont se fondre dans un tel nombre d'exemples probants qu'ils perdent toute leur importance ou à peu près.

Dans les pays où la dysenterie est endémique, le rôle de la température paraît être aussi important pour l'éclosion, la

généralisation et la gravité des atteintes que ce que nous venons de voir pour la dysenterie épidémique. En effet, d'abord c'est au moment où finit la période annuelle des chaleurs et celle où commencent les premières fraîcheurs que la dysenterie est la plus fréquente, en même temps que la plus sévère. D'autre part, il faut reconnaître aussi que c'est dans les pays où la température s'élève le plus en été que la dysenterie règne avec le plus d'intensité et de sévérité, toutes choses égales d'ailleurs. Les observations faites dans les contrées tropicales tendent de jour en jour à le prouver davantage, et on voit, à mesure que les faits sont plus nombreux et plus précis, que lorsque cette température s'élève plus ou moins dans une localité donnée d'un même pays, il est d'ordinaire que la fréquence et la sévérité de la dysenterie soit plus ou moins grande, relativement aux autres localités de cette même contrée.

Bien plus, ajoutons que dans divers pays tropicaux, et notamment au Sénégal, aux grandes et petites Antilles, au Brésil, dans l'Inde, on a remarqué que lorsqu'une année est plus particulièrement chaude, la dysenterie est plus fréquente et plus grave à l'arrivée des premières fraîcheurs.

La sécheresse de la chaleur entre aussi comme élément important dans la question. La chose a été constatée en Égypte, au Sénégal, aux Antilles, et Laveran a observé de son côté en Algérie que le vent du désert exerce une influence marquée sur le nombre et la sévérité des atteintes de la dysenterie. Mais cette sécheresse n'intervient guère ici que comme élément secondaire de la chaleur, qui est le terme principal, et aussi, ne l'oublions pas, parce que les conditions d'hygrométricité de l'air ont une importance considérable sur l'impression que le corps ressent pour un même degré de température.

Il y a une autre condition à invoquer ici, c'est que le vent du

désert en Égypte, en Algérie, au Sénégal, certains vents analogues dans l'Inde, provoquent des congestions sanguines viscérales, et lorsque le foie déjà surexcité se trouve congestionné par leur influence, il arrive souvent que l'équilibre de la santé se trouve rompu et que la dysenterie survient.

Mais je touche là au mécanisme de la production de la maladie, ce qui est prématuré, et je me hâte de cesser la digression en disant que l'élévation pure de la chaleur n'est pas toute la condition dans le problème qui nous occupe ; car s'il suffisait que le thermomètre s'élevât pour que l'étiologie de la dysenterie en fût directement influencée, non seulement nous verrions les pays les plus chauds être en même temps les plus chargés de dysenterie, mais encore verrions-nous la maladie suivre dans ses oscillations les oscillations du thermomètre, être fréquente dès qu'il monte, pour devenir plus rare aussitôt qu'il descend. Or ce n'est pas ce qui arrive, et la question des variations nycthémérales ou journalières de la température est autrement plus puissante pour la genèse de la maladie. Aussi peut-on dire, pour résumer la question : la chaleur est une puissante cause de prédisposition à la dysenterie, mais elle ne l'engendre pas à elle seule ; néanmoins, lorsqu'elle a régné quelque temps, elle a modifié les organismes et disposé les sujets de telle sorte que les variations de température exercent alors une influence considérable en faveur de l'apparition de la maladie.

Hygrométrie de l'air

Ne pouvant trouver dans l'influence seule de la chaleur la cause palpable de la différence qu'il y a entre les pays pour la production de la dysenterie, quelques auteurs se sont rejetés du côté des différences d'humidité de l'atmosphère, et comme toujours les opinions les plus opposées se sont pro-

duites dans la discussion. Les uns ont dit que la sécheresse de l'air est une cause puissante de genèse ou d'extension de la maladie, d'autres ont soutenu que cette sécheresse n'avait aucune importance, et quelques-uns même ne seraient pas éloignés de croire qu'elle rend, au contraire, le pays moins propice à l'éclosion de la dysenterie.

Pour tâcher de dissiper cette obscurité, quelques-uns, comme Hirsch, ont cherché à invoquer les chiffres, et ce dernier, par exemple, étudiant sous ce rapport 119 épidémies, a trouvé que 62 fois elles étaient survenues pendant ou après une longue humidité, tandis que 57 fois elles s'étaient déclarées pendant les longues périodes de sécheresse ; de sorte qu'il a été obligé de conclure après un long travail que la question restait encore sans solution.

On rencontre souvent dans la science des résultats pareils, et la faute en est plus aux investigateurs qu'à la méthode numérique, car si les chiffres mis en relief avec intelligence apportent des solutions claires et précises dans une infinité de cas, lorsqu'ils sont invoqués, j'allais dire tourmentés sans discernement, ils ne disent rien ou se prêtent à appuyer toutes les absurdités que l'imagination peut rêver.

Au lieu de nous attarder aveuglément à faire des pointages, réfléchissons un moment sur la question de cette humidité de l'air, et il nous viendra à la pensée que la sécheresse comme l'humidité de l'air quand elles sont constantes et égales ne doivent pas avoir une bien grande influence sur la genèse de la maladie. Mais leurs oscillations, au contraire, en ont une assez grande pour pouvoir être mises en ligne de compte dans l'étude de son étiologie.

Tout le monde sait que la chaleur sèche est plus facilement supportable que celle qui est humide ; il en est de même du froid. Eh bien ! lorsqu'il y a des oscillations brusques dans

l'hygrométricité de l'air, l'organisme humain en éprouve des impressions aussi vives que lorsqu'il y a des oscillations brusques de température. Bien plus, suivant le cas, les deux oscillations s'ajoutent ou se multiplient pour ce qui est de l'impression produite sur les individus, et alors il est logique de penser que ces oscillations dans l'hygrométricité de l'air agissent comme celles de la température pour la genèse de la maladie.

La chose est si vraie, qu'on voit, par exemple, au Sénégal, pendant la première période de l'hivernage, c'est-à-dire quand l'humidité et la chaleur sont constantes, les individus qui ne sont pas prédisposés à la dysenterie par des influences spéciales ne pas être atteints par la dysenterie. Au contraire, à la fin de la saison chaude, lorsque la brise qui, pendant plusieurs mois, avait soufflé de préférence de la région de l'ouest, c'est-à-dire avait passé sur l'Océan et avait entretenu constamment le même degré d'humidité de l'air ; lorsque, dis-je, cette brise soufflant désormais du côté de l'est commence le matin vers l'E.-N.-E., c'est-à-dire dans la direction du désert, ou monte vers le N. à mesure que le soleil s'élève et arrive vers 4 heures du soir à souffler du N.-N.-O., c'est-à-dire est tour à tour sèche et humide dans la même journée, les mêmes individus sont atteints plus facilement et plus sévèrement par la dysenterie.

Ici comme toujours, il faut faire remarquer que le problème est complexe et que cette oscillation de l'hygrométricité de l'air n'est qu'un de ses termes et non le problème tout entier. L'étiologie de la dysenterie est trop complexe pour qu'une seule influence puisse rendre compte de tous les cas. Mais néanmoins, cette réserve étant faite, nous sommes fixés maintenant sur cette question de l'hygrométricité de l'air à ce point de vue.

Pays. — Localités

Les pays chauds sont infiniment plus propices que les autres à l'éclosion de la dysenterie, nous l'avons dit et répété, et la chose est si clairement établie dans la science de nos jours, qu'il serait oiseux d'insister encore pour la faire admettre. Mais nous devons répéter aussi que quelle que soit la place qu'occupe un pays sur un degré donné de latitude, on est obligé de reconnaître qu'il y a des localités et même des quartiers dans un même pays où la dysenterie se montre avec plus de facilité ou de sévérité, et vice versa. Cette influence est tellement évidente qu'elle a non seulement frappé les observateurs, mais encore qu'il a été nécessaire de chercher à l'expliquer. De là maintes opinions formulées.

Je pourrais à ce propos recommencer une longue énumération de conditions diverses, et entamer de nouveau une interminable discussion pour montrer que telle ou telle opinion est erronée. J'allongerais sans profit mon étude ; aussi me permettrai-je de résumer seulement ce qui me paraît être la réalité, après avoir recherché sur les lieux mêmes, en Algérie, en Sénégambie, aux Antilles, les raisons de ces différences parfois tranchées qu'il y a d'une localité à une autre touchant la fréquence ou la sévérité de la dysenterie. Or je suis arrivé une fois de plus à constater une relation étroite entre l'étendue et la rapidité des oscillations de température et d'humidité de l'air, et la production de la dysenterie pour chaque pays et chaque localité même.

Donc, parti à maintes reprises d'un point de vue différent dans mes observations et mes raisonnements, je suis arrivé finalement chaque fois à la même conclusion, ce qui m'a porté, en définitive, à prêter à ces brusques variations de température et d'humidité une importance de plus en plus grande.

Différence entre les villes et les campagnes.

Il y a longtemps déjà qu'on a signalé une différence très marquée, toutes choses égales d'ailleurs, entre la fréquence de la dysenterie dans une même contrée, suivant qu'on l'observe dans les campagnes ou dans les villes. — En France, pendant la grande épidémie de 1779; en Allemagne, dans plusieurs épidémies des siècles passés et de celui-ci; dans l'Amérique du Nord, etc. etc., la chose a été mise hors de doute.

Quelle peut être la cause de cette différence? Il est rationnel de la rapporter aux variations de la température, plus grandes, plus subites dans les campagnes que dans les villes, car on comprend très bien que la ville pouvant être représentée à l'esprit comme une sphère solide, met plus de temps à s'échauffer et à se refroidir sous l'influence des causes extérieures, et alors ses oscillations nycthémérales ou hebdomadaires de température sont sensiblement amoindries et ménagées.

Une preuve que l'on peut invoquer dans cet ordre d'idées, c'est que les troupes présentent beaucoup plus la dysenterie quand elles campent sous la tente, toutes choses égales d'ailleurs, et je ne parle pas des troupes en campagne, je vise les cas d'une ville où une portion de la garnison loge sous la tente et l'autre dans les casernes; eh bien! on constate souvent dans ces cas que la dysenterie a chez les uns la prédominance que la fièvre typhoïde a chez les autres.

Altitude

On a dit que la dysenterie était une maladie des plaines, et qu'elle devenait de plus en plus rare à mesure que le pays était plus montueux. Nous avons encore ici un exemple des résultats erronés auxquels on arrive lorsqu'on n'envisage dans une question qu'un des côtés du problème, au lieu de bien s'en

représenter l'ensemble. On sait que la température diminue à mesure qu'on s'élève davantage, de sorte que l'on peut très bien, dans un pays placé dans la zone tropicale, passer en quelques heures d'un lieu chaud dans une localité glacée. — A la Réunion, par exemple, on voit ce phénomène de la manière la plus saisissante, car si au niveau de la mer les plantes des tropiques y poussent sans difficulté, étant parfaitement dans leur milieu normal, des neiges éternelles couronnent la partie la plus élevée de l'île.

Or il est évident que la dysenterie qui s'observe sur le littoral de l'île Bourbon ne se voit pas dans les parties les plus élevées au voisinage des neiges éternelles. Mais, ne nous y trompons pas, ce n'est pas parce que nous avons quitté la plaine pour la montagne, c'est parce que du climat torride nous avons passé dans le climat froid. — En faisant l'ascension de la montagne, le voyageur a fait, pour ainsi dire, un véritable voyage jusqu'aux environs mêmes du pôle, si on veut bien me passer l'exemple. Mais si, au lieu d'atteindre de pareilles altitudes, nous observions ce qui se passe dans les faibles hauteurs de l'île, qui, tout en ayant parfaitement les caractères du pays montagneux, ont cependant conservé leurs attributs de pays tropical, nous y verrions la dysenterie être aussi fréquente, aussi grave et aussi dangereuse, toutes choses égales d'ailleurs, que sur le littoral et dans les plaines les plus horizontales.

Ce que nous avons dit pour la dysenterie des pays chauds est aussi parfaitement de mise pour celle de la zone tempérée ; maintes épidémies ont régné en Europe, aussi bien dans les plaines que sur les hauteurs, sans qu'on ait pu établir la moindre différence à ce sujet, tant sous le rapport du nombre que sous celui de l'intensité.

Par conséquent, ne disons plus que la dysenterie est une maladie des plaines ; car si dans quelques localités plates, comme

la Sénégambie ou la Cochinchine, on voit la maladie être fréquente et grave, dans une infinité de régions montueuses de l'Amérique et des Antilles, on la voit avec la même fréquence et la même sévérité. Bien plus, je dirai qu'aux Antilles et en particulier à la Martinique, la dysenterie est plus fréquente et plus sévère dans les montagnes que dans les plaines, et je rappellerai qu'en 1840, pour garantir la garnison de la fièvre jaune, on forma dans les hauteurs un camp appelé camp des Pitons qu'il fallut évacuer en 1844, parce que l'on constata que la dysenterie faisait dans la contrée montagneuse située à 1,200 mètres d'altitude des ravages comparables à ceux de la fièvre jaune sur le littoral.

La conclusion de tout ceci est qu'il ne faut plus parler des plaines ni des montagnes dans l'étiologie de la dysenterie. Je crois fermement, en effet, que si une plaine est dans des conditions d'oscillations de température moins brusques qu'une montagne dans un pays donné, elle sera moins favorable à la genèse de la maladie, et vice versa. On le voit, la question est encore ramenée à ce facteur que nous retrouvons incessamment : les brusques variations de la température.

Influence du sol

Dans leurs recherches sur les causes de la dysenterie, les auteurs ne pouvaient manquer de se demander si la nature du sol est capable d'exercer une influence plus ou moins grande sur la production de la maladie. Les uns ont pensé que le sol pouvait intervenir dans l'étiologie du mal par sa sécheresse ou son humidité, par sa perméabilité ou son imperméabilité. D'autres ont pensé que l'origine du terrain, sa place dans l'échelle géologique pouvaient être invoquées pour expliquer la prépondérance ou la rareté de cette dysenterie suivant les localités.

L'idée que la dysenterie est favorisée ou produite par le sol

volcanique, tandis que le paludisme serait favorisé ou produit par le sol alluvionnaire, était trop naturelle et trop séduisante pour ne pas venir à l'esprit, et quelques faits semblant probants, on l'a vue bientôt avancée comme étant l'expression de la réalité.

Déjà, à la fin du siècle dernier, Harris, qui avait observé l'épidémie de 1797 en Angleterre, crut constater que les localités assises sur le calcaire avaient été épargnées par la dysenterie, et Boudin, séduit par le mirage de l'antagonisme, devint son ardent défenseur, donnant pour exemple à l'appui de sa théorie la Guadeloupe, qui est, on le sait, formée de deux îles contiguës, l'une élevée et volcanique, l'autre basse et alluvionnaire.

Malheureusement la chose ne peut être soutenue ; une observation plus exacte a démontré que la distribution de la dysenterie est absolument indépendante de la nature géologique du sol. Je dirai même que l'exemple choisi par Boudin de la Guadeloupe, pourrait être invoqué à l'encontre de son opinion, car il est inexact que la dysenterie fasse défaut dans la partie montagneuse. Elle sévit autant là que dans la partie plate de la colonie, et les différences en plus ou en moins que l'on peut constater sont aussi bien applicables à d'autres conditions qu'à celles-là.

De son côté, la basse Sénégambie et pour spécifier d'une manière plus précise : Saint-Louis, Dagana, Thies, Mbidjem, qui sont des foyers de dysenterie des plus intenses, sont assis sur le sol alluvionnaire par excellence. Bien plus, je pourrais, si je voulais être exclusif comme tant d'autres, proposer une théorie absolument opposée, en me basant sur ce fait que la dysenterie est aussi rare à Gorée, île absolument volcanique, qu'elle est fréquente à Saint-Louis, île absolument alluvionnaire, de la date la plus récente ; mais ce serait une exagération comparable à celle en sens inverse qui a été formulée.

La Martinique, qui est d'ailleurs un des pays les plus propices du monde pour l'élucidation du grand problème de l'étiologie de la dysenterie, peut être prise comme exemple. En effet, non seulement sa position géographique la place dans l'aire d'activité la plus intense, mais encore on y voit réunis dans un espace relativement restreint une population européenne, métisse et noire, nombreuse et intempérante, des foyers malariens, des cours d'eau pouvant se charger de matières organiques, un sol volcanique en certains endroits, alluvionnaire en d'autres. D'autre part, des transitions brusques de température et d'humidité s'observent çà et là. En un mot, on y trouve toutes les conditions auxquelles on a attribué une importance plus ou moins grande dans la genèse de la maladie. La Martinique, dis-je, peut nous renseigner sur la question de l'influence que peut exercer le sol volcanique sur la genèse de la maladie. Eh bien ! à la Martinique, nous voyons que le sol de Fort-de-France est alluvionnaire, et cependant la dysenterie y est assez fréquente, les bourgs du Lamentin, de Ducos, qui sont bâtis sur des terres charriées par les rivières, voient la dysenterie sévir sur leurs habitants comme elle sévit sur ceux de la Basse-Pointe et du Macouba, bâtis sur le sol volcanique.

J'ai parlé de la Guadeloupe, je n'ai pas à y revenir ; j'ajouterai que la Barbade, qui est plate et calcaire, est un foyer de dysenterie aussi actif que la Martinique, qui est montueuse et volcanique.

Par conséquent, cette opinion de l'opposition des deux maladies en relation avec l'opposition de nature du sol en deux endroits différents, est jugée, il me semble, sans que le moindre doute puisse subsister.

Paludisme

Aussitôt après avoir parlé de l'opinion qui prête au sol volcanique une influence sur la production de la dysenterie, il faut parler de celle qu'on a prêtée au paludisme dans la genèse de la maladie, car elle se rattache aussi étroitement à cette action du sol. Cette question de l'étiologie paludéenne de la dysenterie a préoccupé un grand nombre d'auteurs, a été discutée d'une infinité de manières, et, en somme, s'est trouvée étrangement obscurcie au lieu d'être élucidée, par l'abondance même des faits invoqués pour ou contre cette influence.

Essayons d'entrer à notre tour dans le débat, et nous nous estimerons heureux si nous parvenons à dégager la conclusion vraie à ce sujet. Tout d'abord je dois faire observer que, dans la question présente, on a mêlé et souvent confondu deux choses bien distinctes ; et, en effet, on a d'abord parlé de la prédilection de la dysenterie pour les lieux bas et humides, puis on a étendu cette prédilection aux lieux marécageux, et on a conclu au paludisme en se basant sur les deux séries d'observations, alors en somme qu'un lieu bas et humide n'est pas fatalement marécageux, et que les maladies qui s'y développent ne sont pas forcément d'origine malarienne.

Donc, pour tâcher de simplifier ce débat, nous allons discuter ces deux affirmations séparément, à savoir : 1° l'influence des lieux bas et humides sur la genèse de la dysenterie ; 2° celle du paludisme proprement dit.

Lieux bas et humides

Un grand nombre de faits ont été apportés à l'appui de l'affirmation actuelle. Nous devons les séparer en ceux qui ont trait à la dysenterie endémique et ceux qui ont trait aux épidémies de dysenterie. Or, pour la première, il est absolument

prouvé que si on a vu la maladie fréquente dans beaucoup de localités basses et humides, on l'a vue aussi fréquente, sinon plus grave même, ajouterai-je, dans des endroits secs, élevés, arides même, de sorte que la question paraît parfaitement jugée aujourd'hui dans ce sens : les lieux bas et humides n'ont, toutes choses égales d'ailleurs, aucune influence sur l'étiologie de la dysenterie.

Pour ce qui est de la dysenterie épidémique, il est incontestable que, dans un grand nombre de cas, on l'a vue avoir une prédilection marquée pour les lieux dont nous parlons, bas et humides. Je pourrais ici faire comme Hirsch une longue énumération; mais la chose aurait-elle quelque importance ? Assurément non ; elle ne ferait que rendre la discussion plus longue, et, par conséquent, plus pénible pour l'attention et la mémoire du lecteur. Il suffira de dire que si, dans des cas nombreux, j'en conviens, on a vu les épidémies de dysenterie avoir une prédilection pour ces lieux bas et humides, les rechercher même, aurait-on pu dire, et éviter comme intentionnellement les endroits élevés et secs ; d'autres fois, au contraire, aussi nombreuses, on a vu ces épidémies procéder d'une manière absolument opposée, sévir dans les lieux aérés, arides même. De sorte qu'on ne peut dire d'une manière générale que la maladie a parfois pour cause occasionnelle unique l'humidité des localités.

D'ailleurs, je ferai remarquer que même si on parvenait à constater que la dysenterie a une préférence marquée pour se développer épidémiquement dans les lieux bas et humides, et que les observations contraires ne sont que des exceptions ou le résultat d'une mauvaise appréciation des conditions réelles, on n'aurait pas prouvé que cette dysenterie est de cause paludéenne. Car il y a une infinité d'affections, depuis la phthisie et la scrofule jusqu'au rhumatisme, qui ont pour ces lieux bas et

humides une prédilection incontestée, sans qu'on ait songé à incriminer directement ce paludisme pour leur genèse.

Paludisme

Une fois la discussion dégagée du détail précédent, nous abordons sans difficulté la question de savoir si la dysenterie est ou non de nature paludéenne, et nous pouvons hardiment répondre non. Les preuves pullulent pour soutenir cette opinion, nous les résumerons brièvement pour ne pas donner une étendue interminable à notre étude :

1° Les pays les plus paludéens ne sont pas ceux où il y a le plus de dysenterie. Citons entre mille Mayotte, le Gabon, certaines localités de la Guyane où le paludisme est considérablement fréquent, la dysenterie rare.

2° Dans les pays paludéens, comme le Sénégal, qui sont, en même temps, des foyers intenses de dysenterie, nous voyons les deux maladies avoir leur période d'activité bien distincte, bien séparée, et ne pas pouvoir être confondues. Le paludisme est à son maximum au moment où les marais commencent à se dessécher sous l'influence d'une chaleur constante, et la dysenterie est rare. La dysenterie, au contraire, devient fréquente et sévère quand les oscillations nycthémérales de température s'accentuent.

3° La dysenterie est fréquente et grave dans des pays où l'influence malarienne est nulle, où la sécheresse et l'aridité du sol éloignent toute pensée de paludisme. Les exemples sont si nombreux qu'il est inutile d'en citer beaucoup ; parlons seulement de Saint-Pierre de la Martinique, où il n'y a absolument pas un marais grand comme la main et où la dysenterie a fait plus d'une fois de grands ravages. Nous pourrions citer encore Maurice, Gibraltar, Malte, la Nouvelle-Calédonie, qui sont

exempts ou à peu près de mal'aria, et qui présentent cependant souvent la dysenterie ; mais la chose est inutile.

Quelques auteurs ont cru pouvoir se baser, pour admettre l'étiologie paludéenne de la dysenterie qu'on oberve dans une infinité de pays, sur les cas de fièvre paludéenne diarrhéique, dysentérique, des accès pernicieux dysentériques même. J'ai pour ma part vu assez de fois des atteintes de ce genre pour avoir une opinion bien arrêtée là-dessus. Et d'abord je ferai observer que si j'ai vu un grand nombre de ces cas sur la côte occidentale d'Afrique, depuis le Sénégal jusqu'au Gabon, pays éminemment paludéen, je n'en ai pas vu un seul à la Martinique, pays où le paludisme est beaucoup moins accentué. Or cet écart n'est-il pas de nature à juger le débat d'un seul coup ?

Comme le fait très bien remarquer mon savant ami Colin, du Val-de-Grâce, il est un symptôme trop souvent cité comme preuve de l'origine palustre d'une atteinte de dysenterie, c'est l'algidité qui survient fréquemment dans les cas très graves et qui termine la scène brusquement par la mort dans un grand nombre de circonstances. Or ne nous y trompons pas, ce ne sont pas là des accès pernicieux, algides, intercurrents ou concomitants ; c'est une algidité plutôt cholérique que paludéenne, et cent fois peut-être, pour ma part, j'ai constaté à l'autopsie que dans ces cas la rate ne présente aucune des altérations spéciales à l'impaludation.

Je citerai une contre-épreuve, qu'on me passe le mot : c'est le cas où j'ai vu cette algidité ne pas être suivie de mort et le sujet guérir sans avoir absorbé un atome de quinine et sans avoir désormais un seul accès de fièvre. Or ceux de mes lecteurs qui ont pratiqué dans les pays paludéens savent bien que lorsque le protée malarien se manifeste par un symptôme insolite, par un phénomène larvé, pour me servir du terme consacré, la quinine est absolument nécessaire, et que si par hasard

ce phénomène larvé se dissipe de lui-même, c'est dans l'immense majorité des cas, je pourrais dire toujours, pour se reproduire d'une manière différente peu après.

En m'occupant des complications de la dysenterie, j'ai parlé des cas d'hémorrhagie intestinale qui dépendaient de la dysenterie hémorrhagique, ou qui étaient le résultat d'un accès pernicieux entérorrhagique; je n'ai pas à y revenir ici, mais je puis rappeler ces faits au lecteur pour prouver une fois de plus que la dysenterie n'est pas de nature paludéenne, même dans des cas qu'on a pu appeler du nom de pernicieux.

Les individus anémiés sont facilement atteints par la dysenterie et les impaludés sont facilement anémiés. Aussi dans les pays comme le Sénégal, où règnent la fièvre et la dysenterie, on voit souvent les deux maladies coexister chez un même sujet, alterner, s'additionner, se multiplier, se compliquer. Mais pourrait-on logiquement en inférer que la dysenterie est d'origine paludéenne? Non assurément, et si pour ces cas où la quinine fait bon effet en déblayant le terrain, en simplifiant la situation pathologique, on peut dire que le fébrifuge a été indiqué dans le traitement, il serait absolument inexact de penser que ce fébrifuge peut être utile dans les autres.

Donc j'arrive à cette conclusion, que la dysenterie ne reconnaît pas dans son étiologie directe l'influence paludéenne. Ce n'est pas une maladie voisine et dépendante de la fièvre intermittente. Ce n'est pas une maladie à quinine, pour me servir de l'expression consacrée, et si dans beaucoup de pays on voit la dysenterie et le paludisme coexister, c'est que ces pays présentent les deux influences bien tranchées, sont paludéens et ont de brusques oscillations de température.

Dire que dans nombre de cas les deux maladies ne peuvent pas coexister chez le même sujet et même réagir l'une sur l'autre, là n'est pas la question; la scrofule et la fièvre peuvent

coexister, se compliquer l'une et l'autre sans qu'on se croie obligé de conclure que ce sont deux maladies engendrées par la même cause; il en est de même pour la dysenterie, il en serait de même pour toutes les maladies du cadre nosologique que nous rapprocherions ici.

Avant de passer à un autre sujet, qu'on me permette de revenir sur la question suivante, que le lecteur s'est posée mentalement il y a un instant sans doute : Pourquoi dans un si grand nombre de cas a-t-on constaté que la dysenterie épidémique avait une prédilection pour les lieux bas et humides? Eh bien ! je répondrai que c'est parce que, dans bien des cas, on n'a pas eu affaire à la dysenterie franche et bien digne de ce nom; on a été en présence d'une de ces épidémies de fièvre infectieuse à prédominance intestinale, comme la fièvre typhoïde et le typhus nous ont fourni plus d'un exemple; de sorte que ce n'est pas à la maladie qne nous étudions ici qu'il faudrait les rapporter, à proprement parler.

Conclusions touchant les causes météoriques

Si nous voulons maintenant essayer de condenser ce qui est ressorti de tout ce que nous venons de dire des causes météoriques de la dysenterie pour en tirer des conclusions, nous dirons que leur examen nous porte à penser, comme nous le disions précédemment : *A*. Que, toutes choses égales d'ailleurs, la dysenterie est plus fréquente et plus grave à mesure qu'on descend des zones froides à la zone torride ; — *B*. Que les oscillations de température et d'humidité sont un facteur aussi puissant sinon plus que le précédent.

Comme le fait très bien ressortir Léon Colin, l'élévation de température peut être considérée comme la condition préalable préparatoire de la dysenterie, et c'est ainsi non seulement que la maladie est plus fréquente dans les pays plus méridionaux,

mais encore que, dans une même localité, il arrive assez souvent que les années spécialement chaudes sont plus propices au développement de la maladie que les années relativement fraîches.

Mais il ne faut pas oublier que cette élévation de température est seulement la condition prédisposante, c'est-à-dire un des facteurs et non tous; car, sans cela, on devrait voir une corrélation étroite et constante entre la dysenterie et la température. Non, il y a un second facteur qui est la condition déterminante: c'est l'oscillation plus ou moins brusque de la température et de l'humidité, et cette condition nous explique pourquoi telle saison, telle localité, tel quartier, etc. etc., présentent plus d'atteintes de dysenterie, voient la maladie plus grave, plus rebelle, plus dangereuse, etc. etc., que d'autres.

Enfin, il nous faut ajouter que quelque puissantes que soient les causes météoriques, elles n'absorbent pas à elles seules l'étiologie de la maladie. S'il en était ainsi, il y aurait une corrélation étroite entre la latitude ou les oscillations de la température et la maladie; le problème serait d'une extrême simplicité, tandis, au contraire, que tout ce qui touche à la genèse des maladies présente une complexité extrême. Donc, tenons grand compte des causes météoriques pour la dysenterie, mais reconnaissons qu'elles constituent seulement un des nombreux facteurs de son étiologie.

B. — CAUSES BROMATOLOGIQUES

Les causes bromatologiques ont souvent été incriminées pour l'étiologie et la genèse de la dysenterie, aussi devons-nous nous occuper d'elles en détail. On a parlé tour à tour de l'influence directe ou indirecte des aliments solides, des boissons, les excès comme la pénurie de ces aliments ont été invoqués. Bref nous devons, pour envisager la question dans son

entier, l'étudier à divers points de vue assez différents les uns des autres et assez nombreux.

Aliments

Les aliments ont été mis en cause de diverses manières ; tantôt on a parlé de leur propriété indigeste, de l'excès de tel ou tel de leurs principes, de leur altération, et des exemples plus ou moins probants ont été fournis à l'appui des assertions avancées dans cet ordre d'idées. C'est ainsi, par exemple, qu'on répète souvent qu'en 1793 les armées alliées envahissant la France furent décimées par une épidémie de dysenterie due à l'abus des fruits mal mûrs ou altérés qu'elles firent dans nos campagnes ; que diverses épidémies de diarrhée ou de dysenterie ont été arrêtées dans divers pays, chez les prisonniers, par une augmentation du chiffre de la ration à un moment donné, de même qu'on les a vues se déclarer lorsque cette ration avait été diminuée. Et d'ailleurs, on sait que la diarrhée et la dysenterie faméliques sont fréquentes en temps de disette et dans les populations pauvres ; que la mortalité de dysenterie de l'armée anglaise de l'Inde a été réduite considérablement par la diminution puis la suppression des viandes salées de la ration ; que les mauvaises récoltes ont souvent été suivies d'épidémies de dysenterie pouvant être rattachées comme effet à cette cause d'alimentation grossière ou insuffisante ; et enfin que la dysenterie a été souvent au nombre des maladies de la famine, comme le typhus, avec lequel elle a eu bien souvent d'étroites liaisons dans ses manifestations épidémiques. Ajoutons pour finir que Fœdéré, à Entrevaux, en 1793, a vu des bœufs surmenés et malades produire une épidémie de dysenterie chez les soldats qui les mangèrent.

Je pourrais centupler ces citations sans grande peine, car les faits pullulent dans cet ordre d'idées, et si pour un certain

nombre la discussion peut entraîner l'incrédulité, pour la grande majorité, la relation de cause à effet est tellement évidente qu'il n'est pas possible de la nier.

Au lieu d'augmenter l'étendue de mon travail par une énumération inutile de faits, il vaut mieux, je crois, chercher à étudier par quel mécanisme la série de causes dont nous parlons a pu entraîner l'apparition de la dysenterie. Or, pour cela faire, nous dirons d'abord que toutes ces causes précitées se rangent dans trois catégories : *A*. Nourriture grossière ; *B*. Nourriture altérée ; *C*. Nourriture insuffisante.

Dans le premier cas, nous avons peut-être à faire intervenir une irritation topique de l'intestin ; en effet, supposons qu'on introduise dans le tube digestif des matières réfractaires à la digestion ou certains éléments en excès, de manière que tel ou tel fluide digestif soit insuffisant à leur élaboration convenable pour l'absorption ; il s'ensuit que ces aliments arriveront en nature dans des parties de l'intestin où il n'y a habituellement qu'un chyme déjà suffisamment modifié pour ne pas exercer une action topique trop irritative. Or cette action topique provoque d'une part une suractivité des mouvements péristaltiques, d'autre part, une plus abondante excrétion de bile par le canal cholédoque, car la physiologie expérimentale nous a appris qu'il y a une relation étroite entre ces trois phénomènes ; et alors, même en dehors de toute autre condition, nous voyons la possibilité d'une rupture de l'équilibre de la santé.

Je n'ai envisagé là qu'un des côtés, et même un des petits côtés de la question. On peut invoquer, on le sent, bien d'autres mécanismes ; mais cependant, par ce que je viens de dire, on voit que la possibilité de la relation de cause à effet entre une alimentation grossière et la dysenterie ne pourrait être niée systématiquement.

Dans le second cas, c'est-à-dire dans celui d'une nourriture altérée, il y a un véritable empoisonnement par matières septiques, putrides ou ayantd'autres qualités, nuisibles et il se passe ici ce que nous verrons se passer quand nous parlerons de l'action de l'eau de boisson : une modification de la composition de la bile qui la rend plus agressive pour l'intestin.

Dans le troisième cas, celui de l'alimentation insuffisante, on peut faire intervenir ces phénomènes divers : 1° la tendance à l'inflammation du tube intestinal que l'on a constatée dans les expériences d'inanition; 2° l'altération de la bile qui a été reconnue dans ces mêmes cas, et c'est ainsi probablement que l'on peut établir la relation de cause à effet entre cette alimentation insuffisante et la dysenterie.

Boissons

Si les aliments ont été accusés de produire la dysenterie dans certaines circonstances, les boissons l'ont été peut-être plus souvent encore, et c'est, j'en suis certain pour ma part, à cet ordre de choses qu'il faut attribuer bon nombre, j'allais dire un grand nombre d'atteintes, ou au moins une grande part dans les atteintes de dysenterie.

Les boissons incriminées sont, d'une part, l'eau potable, d'autre part, les boissons alcooliques. Disons un mot de chacune d'elles.

Eau potable

L'eau de l'alimentation a été considérée par un grand nombre d'auteurs comme une des causes les plus puissantes de la dysenterie, et les faits accumulés en faveur de cette idée sont tellement probants qu'il est impossible de ne pas les admettre.

Aussi bien que, pour certains cas, en particulier celui de la ville de Saint-Pierre de la Martinique, j'aie écrit que

l'eau de boisson ne peut être incriminée, je suis absolument convaincu que dans un très grand nombre d'autres il ne faut pas chercher ailleurs que dans l'eau de boisson la cause des flux de ventre.

On me permettra de ne pas faire ici des citations nombreuses pour prouver que nos prédécesseurs comme nos contemporains ont incriminé avec raison les eaux d'alimentation ; pour la maladie qui nous occupe, mon savant ami Léon Colin, l'éminent professeur du Val-de-Grâce, a publié dans les *Annales d'hygiène* de 1872 et dans son remarquable livre sur les épidémies des chapitres intéressants dans lesquels il fournit l'opinion des auteurs les plus autorisés en pareille matière, et je renvoie le lecteur à ces travaux, sans avoir besoin de leur parler de Dazille, de Thévenot, de Périer, de Foucaut et de mille autres.

C'est surtout dans les pays chauds et en particulier dans les régions tropicales que cette eau de l'alimentation peut provoquer la dysenterie : les grands fleuves de cette partie du monde, le Sénégal, le Niger, le Congo, l'Afrique, l'Amazone et es mille grands cours d'eau des deux Amériques, le Gange, le Mekong, le Cambodge et cent autres de l'extrême Orient, charrient soit toujours, soit à certaines époques de l'année, une si abondante proportion de matières organiques en décomposition, que leur eau engendre la dysenterie avec autant de sévérité que de fréquence. Mais il ne faut pas croire que les cours d'eau de la zone tempérée soient dépourvus de nocuité à ce point de vue ; assurément non, et nous avons mille exemples qui montrent qu'en Algérie, en Égypte, dans le midi de l'Europe, ces eaux peuvent être une cause puissante de dysenterie, en vertu du même mécanisme. Bien que les conditions soient là moins accentuées, et par conséquent moins puissantes d'une manière générale, il n'en est pas

moins vrai que leur influence a pu à certains moments être désastreuse, soit pour des individus isolés, soit pour des populations entières.

Je dirai plus dans cet ordre d'idées, c'est que l'eau de la boisson peut dans certains cas être une cause temporaire quoique puissante de dysenterie. Le fait dont parle Desgenettes dans son histoire de l'armée d'Orient, où on vit la dysenterie éclater parmi les hommes qui buvaient l'eau d'un ruisseau dans lequel pourrissait un énorme cerf tombé là par accident, en est une preuve. Maintes fois, en effet, on a pu, en abandonnant une source, ou bien en nettoyant des canaux engorgés par des immondices, faire disparaître une épidémie de dysenterie qu'on ne savait primitivement à quelle cause attribuer.

Comment agit l'eau de la boisson pour produire la dysenterie lorsqu'elle est chargée de matières organiques en putréfaction? Nous ne le savons pas encore exactement, à vrai dire ; mais cependant, jusqu'à meilleure explication, je suis porté à penser pour ma part que c'est par un véritable empoisonnement septique. La matière altérée portée par l'eau dans le tube intestinal est absorbée, va altérer la sécrétion biliaire et rend cette bile apte à irriter l'intestin plus que de coutume.

On pourrait aussi faire intervenir une action directe irritative de cette matière septique sur la muqueuse intestinale ; mais ici on se trouve en présence d'une objection assez difficile à éluder. Pourquoi, en effet, si on a affaire à une action topique de la matière elle-même, n'est-ce pas d'abord une inflammation de la muqueuse stomacale et de la première partie de l'intestin grêle qui s'observe ? Il est vrai qu'on pourrait invoquer la résistance plus grande de la première partie de la muqueuse digestive, et dire que ce n'est que lorsque les sucs digestifs ont épuisé leur action que les parties septiques en excès vont réagir topiquement sur cette muqueuse. Mais on le com-

prend, c'est là une explication assez hasardée pour ne pas pouvoir être considérée comme digne d'une croyance absolue.

Boissons alcooliques

Les boissons alcooliques ont été considérées comme une des causes puissantes de la dysenterie. Depuis longtemps, on a fourni de nombreux faits de la relation de cause à effet qu'il y a entre l'abus de ces boissons et la maladie qui nous occupe. Pour ma part, après avoir longtemps observé les habitudes des individus qui fournissent le plus fort contingent à la dysenterie, je suis absolument convaincu qu'en effet ces boissons sont un facteur puissant de son étiologie.

Comment agit l'abus des boissons alcooliques pour la production de dysenterie ? La réponse est facile certes. C'est en allant agir sur le foie, c'est-à-dire tant en modifiant sa structure intime que la nature de ses sécrétions, que l'alcool vient agir comme agent étiologique de la dysenterie.

Les phénomènes biologiques sont si complexes que nous ne pouvons avoir la prétention de les apprécier tous ; par conséquent, je le répète ici encore, nous ne voyons là qu'un côté et même un minime côté de la question ; mais néanmoins il est suffisant pour fixer les idées et entraîner la conviction dans le sens que je viens d'indiquer.

Conclusions touchant les causes bromatologiques

Si nous faisons pour les causes bromatologiques de la dysenterie comme pour les causes météoriques un résumé qui mette en lumière ce que les explications que nous venons de fournir ont fait ressortir, nous dirons que ces causes bromatologiques ont une action incontestable sur la genèse de la maladie par deux actions : *A*. Une action irritative topique plus ou moins contestable dans quelques cas ; *B*. Une action

sur la qualité de la bile qui, se trouvant modifiée, devient plus agressive sur le tube intestinal.

Cette seconde action me paraît infiniment plus puissante que la première. Mais remarquons cependant qu'elle ne saurait rendre compte de toutes les invasions et même de toute la genèse de la maladie dans un cas donné ; car, grâce à la puissance de suppléance de notre organisme, il arriverait bien souvent que la santé serait conservée si à ces causes bromatologiques ne venaient pas s'en joindre d'autres, les météoriques, par exemple, qui, en apportant leur appoint, aux premières rendent dans un moment donné la rupture d'équilibre de la santé plus facile, et par conséquent plus fréquente.

On le voit, à mesure que nous avançons dans l'étude de l'étiologie de la dysenterie, nous constatons plus clairement que les causes génératrices sont complexes, et nous allons voir cette complexité augmenter encore, lorsque nous aurons pénétré plus avant dans l'examen des conditions dont il nous reste à parler.

C. — CAUSES INFECTIEUSES

On est encore bien loin de s'entendre sur la valeur des causes de cette catégorie, et tandis que les uns sont disposés à exagérer leur importance, les autres l'amoindrissent dans des limites très variables, de sorte qu'il y a place, pourrait-on dire, pour toutes les opinions. A la rigueur, nous avons déjà parlé de quelques-unes de ces causes quand nous avons étudiée dans la série des bromatologiques l'action nuisible de l'eau de boisson, et dans la série des météoriques l'influence paludéenne, et nous avons vu ce qu'il faut en penser.

L'idée que la dysenterie peut être due à une influence miasmatique a été présentée sous toutes les formes possibles, et quand il a été démontré que le paludisme ne pouvait être

invoqué, on a cherché un autre miasme rééditant le miasma dysenterium de Kreysig. Cette idée d'une émanation propre à certains pays, émanant du sol, comparable au miasme paludéen, était séduisante et commode à première vue, car rien n'était facile alors comme d'expliquer mille particularités de la maladie, par exemple ses périodes d'activité à divers moments de l'année, la différence qu'il y a entre tel ou tel pays sous le rapport de la fréquence ou de la sévérité de la dysenterie. Mais malheureusement elle ne saurait être soutenue, écrasée qu'elle est par les faits et les raisonnements qu'on lui a opposés.

L'idée du miasme producteur de la dysenterie a pris une autre formule, peut-on dire : on a avancé que la putréfaction de certains corps, que la souillure du sol par les matières fécales, par des produits ou des résidus de matière animale, peuvent faire naître la maladie.

Il est inutile, je crois, de séparer en autant de paragraphes distincts ce qui a trait, à la putréfaction des corps, aux résidus des animaux et aux matières fécales : c'est toujours à la putréfaction, en somme, que l'on a affaire, je crois, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente.

Ai-je besoin de faire des citations pour montrer que la putréfaction des corps a été considérée comme pouvant produire la dysenterie ? C'est à peine nécessaire, et je ne citerai seulement que le fait suivant entre mille et plus encore. Lors de notre malheureuse guerre de 1870-71, on vit la dysenterie surgir sur le champ de bataille de Sedan sous l'influence de la putréfaction cadavérique. Tous les ouvrages classiques, les dictionnaires de médecine, les monographies, les journaux contiennent tant d'indications d'événements semblables, que je crois inutile d'en rapporter d'autres.

Or je pense, d'après le nombre considérable de faits pro-

bants, que cette putréfaction est capable de jouer un rôle dans l'étiologie de la dysenterie, et je ne saurais mettre en doute les observations qui ont été citées pour appuyer l'opinion. Bien plus, je dirai déjà que c'est à cette putréfaction qu'il faut attribuer l'action nocive de certaines eaux fluviales, celles du Sénégal, du Mekong, du Cambodge, etc., touchant la dysenterie.

Comment les matières en putréfaction peuvent-elles engendrer la dysenterie? Je l'ai dit déjà, nous ne sommes pas encore renseignés d'une manière précise à cet égard, mais cependant, je le répète, je suis porté à admettre que lorsqu'elles sont introduites dans le sang à travers le poumon, pendant l'acte de la respiration, elles constituent un véritable empoisonnement septique, et vont ainsi réagir sur la fonction hépatique et altérer la composition de la bile qui, devenue alors âcre d'une manière spéciale, qu'on me passe le mot, est apte désormais à irriter outre mesure l'intestin par son action topique.

Contagion

Nous devons nous occuper maintenant de la grande question de la contagion de la dysenterie. La maladie n'est-elle pas susceptible de transmission ; l'est elle, au contraire ; ne l'est-elle que dans certaines circonstances déterminées? Voilà trois points qui ont été résolus d'une manière différente suivant les divers auteurs.

Cette question de la contagion de la dysenterie a une importance très grande en nosologie, car c'est sur elle qu'on a pu se baser pour classer la maladie parmi les phlegmasies ou parmi les pyrexies essentielles, suivant l'opinion que l'on a proposée. Au point de vue de l'hygiène privée ou publique, on

ne saurait nier non plus qu'il est très important de savoir à quoi s'en tenir.

Or quand on consulte les divers écrits, et ils sont nombreux, on ne peut manquer d'être frappé de cette particularité, qu'au moment où on tendait à dénier à la fièvre jaune, à la peste, leur propriété contagieuse, on était disposé à l'accueillir avec complaisance pour la dysenterie ; étrange contradiction de l'esprit humain, qui fait que souvent les meilleurs observateurs nient les faits les plus clairs pour accepter sans contrôle rigoureux ceux qui ont pour premier attribut d'être extrêmement obscurs et contestables.

Sydenham, Willis ne croyaient pas à la contagion de la dysenterie, et cependant ils avaient assisté à de terribles épidémies de la maladie ; mais soit que les faits eussent été suffisamment clairs à leurs yeux, soit que leur esprit eût été attiré ailleurs, ils ne conseillèrent pas de prendre des précautions vis-à-vis de sa transmission d'homme à homme. Stoll n'y croyait pas non plus. Néanmoins cette idée de la contagion fut adoptée peu à peu par nombre de médecins, et nous voyons, par exemple, Degner se rattacher à l'idée que la dysenterie qui désola Nimègue fut apportée par des malades venus du dehors, et que les juifs qui vivaient dans un quartier séparé sans grandes communications extérieures, furent beaucoup moins atteints que les autres habitants de la ville.

Pringle croyait à la contagion de la dysenterie, et fournit à l'appui de son opinion le fait suivant : en 1743, l'armée anglaise quitta la Flandre pour aller en Allemagne ; trois compagnies chargées d'accompagner les bagages du roi allèrent d'Ostende à Hanau par une autre route que le gros de l'armée, et ne se trouvèrent pas obligées de coucher à l'humidité ; elles arrivèrent sans avoir été touchées par la maladie, furent campées dans un point séparé et n'eurent

aucun dysentérique tant qu'elles restèrent séparées du restant de l'armée, qui était en proie à une sévère atteinte de la maladie quoique faisant usage des mêmes aliments et des mêmes boissons. Six semaines après, le camp ayant été levé, ces trois compagnies se mêlèrent à leurs voisines, se servirent désormais des mêmes latrines, et peu après elles furent attaquées comme elles par la dysenterie.

Le même auteur, qui attribuait la contagion de la dysenterie aux miasmes qui s'exhalent des latrines, donne comme exemple de la contagion qu'au camp de Hanau la dysenterie était très meurtrière parce que les troupes étaient dans ces conditions, et qu'aussitôt qu'on eut changé de campement la maladie diminua très sensiblement, quoiqu'on continuât à être dans la saison de sa prédilection.

Pringle appuie aussi son opinion sur le fait qu'en 1747 l'armée anglaise fut atteinte par une épidémie de dysenterie due aux irrégularités de la température, et que la maladie se répandit de proche en proche jusqu'aux habitants des villages voisins, tandis que ceux de Maestricht qui, quoique voisins, étaient moins en relation avec la troupe, furent beaucoup moins touchés.

Mais remarquons que Pringle, tout en admettant la contagion de la dysenterie, disait que cette contagiosité était minime, de sorte que lorsque la maladie n'était pas dans les conditions les plus favorables à la transmission, cette contagion pouvait passer inaperçue aux yeux des meilleurs observateurs, Sydenham et Willis, par exemple.

On a souvent répété que Linné croyait aussi à la propriété contagieuse de la dysenterie, qu'il attribuait à un contage parasitaire ; le fait est vrai, mais il faut remarquer que Linné a envisagé la chose comme un naturaliste, et non comme un clinicien, de sorte que son opinion doit rester dans le champ

de la théorie pure et non dans celui de l'observation. Ce que je dis là me dispense de parler du miasma dysenterium de Kreysig.

Zimmermann était contagioniste, mais nous ferons remarquer aussi qu'il disait au sujet de cette contagion : la même dysenterie est contagieuse ou non, selon les circonstances particulières. La dysenterie peut prendre un caractère réellement pestilentiel, et par conséquent d'autant plus contagieux, sans être en soi-même d'une nature maligne : cela arrive dans les hôpitaux malpropres et trop remplis... Je conclus que le caractère contagieux de la dysenterie est très souvent accidentel, mais je ne puis être de l'avis de Degner, qui pense que le caractère contagieux est la principale occasion de la maladie dans tous les malades.

Pinel avait en somme la même opinion, disait (*Nosol. phil.*, t. II, p. 395) : Il est manifeste que la dysenterie n'est point constamment contagieuse, et qu'elle devient telle par quelques circonstances particulières, comme par la complication avec une fièvre adynamique.

Desgenettes doit se ranger dans la même catégorie, car il croyait la dysenterie contagieuse seulement dans certaines circonstances, par exemple, quand le temps était variable, au moment des orages de l'été en particulier, et que le grand nombre des dysentériques imprégnait les locaux des matières de déjection. En revanche, il disait avoir remarqué que les chaleurs fortes et continues comme les grands froids diminuaient les chances de cette contagion.

Même au moment où la théorie de la contagion paraissait être le plus en faveur, on voyait çà et là des protestations contre elle, et nous citerons entre plusieurs celle de Fournier et Vaidy, qui, dans le dictionnaire en 60 volumes, rapportent le fait suivant assez explicite. En 1808, pendant qu'une épidémie

meurtrière de dysenterie régnait dans le Jutland, le Schleswg et le Holstein, la garnison française logée chez l'habitant ne fut absolument pas touchée par la maladie, alors que les indigènes au milieu desquels elle était étaient décimés.

Trousseau croyait à la transmissibilité de la dysenterie en admettant un virus spécial qui adhérerait aux salles d'hôpital (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 474.). Mais il fait remarquer que la maladie peut se développer sans avoir besoin de cet élément pour la genèse. Enfin terminons en disant que Gaultier de Claubry pencha vers l'idée de la contagion dans son rapport sur les épidémies de 1852 (*M. de l'Ac. de méd.*, t. XVIII), en rapportant le fait de la contamination d'un village par l'arrivée d'un dysentérique étranger, et la transmission successive de la maladie aux habitants d'une même maison, puis à ceux de la maison voisine, puis enfin à toute une rue ; et ajoutons aussi que Bergeron, dans son rapport sur les épidémies de 1865 (*Mém. de l'Ac. de méd.*, t. XXVIII), cite un fait plus remarquable encore, c'est le transport à Villerval, près Arras, de la dysenterie par des moissonneurs venus de Beauce.

De nos jours, on trouve çà et là encore quelques partisans de la contagion de la dysenterie, mais cependant ils sont de moins en moins nombreux. Un moment la découverte de l'anguillule dans la diarrhée de Cochinchine sembla devoir raviver l'opinion ; mais bientôt la défaveur de cette contagion reprit le dessus, et il est probable que pendant un certain temps encore elle ne fera que décroître de plus en plus.

Nous pourrions faire encore de nombreuses citations pour et contre la contagion de la dysenterie. Mais nous augmenterions, je crois, inutilement la longueur de la discussion ; il vaut mieux, sans faire de nouveaux emprunts aux auteurs des siècles passés ou à ceux de celui-ci, jeter un coup d'œil d'ensemble sur la question. Or il ressort de l'examen des faits qu'on est en pré-

sence, comme je le disais en commençant, de ces trois pro positions : la dysenterie n'est-elle jamais contagieuse? l'est-elle toujours ? l'est-elle dans certaines circonstances ?

La seconde semble devoir être éliminée même du premier coup ; car d'une part, l'immense majorité des faits semble prouver que la dysenterie n'est pas toujours contagieuse, et que les auteurs qui ont le plus fermement cru à la transmission de la maladie n'ont pas osé être assez exclusifs pour la soutenir.

Nous avons donc à discuter si la dysenterie est parfois contagieuse ou si elle ne l'est jamais. Eh bien! pour ma part, je crois qu'en réalité elle ne l'est jamais, quand elle existe à l'état de pureté ; et que la plupart des faits qu'on croit observer, tous ceux qu'on a cités jusqu'ici, dirai-je, en faveur de la contagion peuvent peut-être être expliqués autrement et sans avoir besoin de la faire intervenir, on va le voir.

Il est certain que, dans certaines circonstances, quand, par exemple, une armée étant surchargée de malades, ses hôpitaux temporaires ou permanents sont encombrés et placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, on a vu surgir la dysenterie ; on a pu croire a priori qu'elle se transmettait alors par le fait d'une véritable contagion. Mais par un examen plus attentionné on a pu se convaincre que la chose n'était pas exacte, car, comme l'a démontré M. Czernicki dans le *Recueil de médecine et chirurgie militaire* de 1876 (3e série, t. XXVII), il s'est agi alors d'une simple infection de l'air par la putréfaction des déjections animales, engendrant la dysenterie comme toutes les putréfactions peuvent le faire. La preuve qu'on puisse donner de ce mécanisme de la production de la maladie par infection de l'air, c'est que la dysenterie a éclaté parfois dans les hôpitaux où pas un dysentérique étranger n'avait été apporté du dehors, et que la maladie a

surgi spontanément au milieu de typhiques, de typhoïdiques ou même de blessés. Or la dysenterie étant née de toutes pièces alors sur place, n'est-il pas plus rationnel de l'attribuer à l'influence infectieuse dont je viens de parler, plutôt que de croire à une contagion que mille autres faits contredisent formellement?

Ne peut-on pas dire d'une manière très assurée que si la maladie était réellement contagieuse, le fait aurait frappé d'une manière indéniable les observateurs depuis un temps infini? Après la guerre de Crimée, après celle d'Italie, on a vu les grands hôpitaux militaires de notre pays, être encombrés par les dysentériques, sans qu'on ait pu constater un seul cas, même douteux, en faveur de la contagion. Et d'ailleurs, non seulement j'ai examiné à cet égard de très près les faits des hôpitaux du Sénégal et de la Martinique, pays par excellence de la dysenterie, mais encore dans le grand hôpital de Saint-Mandrier, où il y a en permanence des centaines de dysentériques et de diarrhéiques de toutes provenances, atteintes nées dans le pays, dysenterie et diarrhée du Sénégal, des Antilles, de la mer des Indes, des mers du Sud et de la Cochinchine, de l'Algérie, du Levant, etc. etc. Eh bien! pas une fois, dans ce grand hôpital, dis-je, on n'a vu quelque chose qui portât à penser à la possibilité d'une transmission de la maladie. Quelle est la maladie peu ou beaucoup contagieuse qui, dans de pareilles conditions, n'aurait pas affirmé sa propriété de propagation d'homme à homme?

Les navires sont un théâtre éminemment favorable pour juger la question de la transmission de la maladie d'homme à homme. Or aujourd'hui que des milliers d'observations ont été faites à ce sujet, la question semble irrévocablement jugée dans le sens de la négative par les médecins de la marine.

L'occupation de la Cochinchine nécessitant la création de

grands navires-transports a permis de faire, pour ainsi dire, l'expérience sur une échelle très grande ; et lorsqu'on voit celui qui a découvert l'anguillule dans la diarrhée chronique, mon savant camarade le docteur Normand, de la marine, ne pas croire à la possibilité de la contagion à bord de ces navires, ne peut-on pas penser que réellement c'est que la contagion ne doit pas être incriminée ?

Donc, pour ma part, je ne crois pas à la contagion de la dysenterie, me trouvant ainsi en communion d'idées avec les hommes les plus autorisés dans la question, tant parmi nos contemporains que parmi nos devanciers.

Conclusions touchant les causes infectieuses

La question de la contagion étant résolue dans le sens de la négative, nous voyons que les causes dites infectieuses agissent comme un empoisonnement septique en altérant la qualité de la bile, et, à ce titre, nous comprenons d'un coup leur action étiologique, c'est-à-dire nous pensons qu'elles peuvent concourir à provoquer la maladie ; mais, pas plus que les précédentes, elles ne sont la seule et capitale condition de sa genèse ; ce n'est qu'en venant s'ajouter dans certains cas à telle ou telle autre qu'elles ont pu provoquer l'explosion de la dysenterie plus ou moins grave et plus ou moins rebelle.

D. RÉCEPTIVITÉ DES INDIVIDUS

Si les diverses causes dont nous avons parlé jusqu'ici ont une action plus ou moins puissante pour la production de la dysenterie, il faut reconnaître qu'elles ne nous montrent qu'un côté de la grande question de l'étiologie. La réceptivité des individus est un autre côté qu'il faut garder en mémoire, car faute d'en tenir compte, nous arriverions souvent à voir les faits en contradiction avec nos prévisions

Tous les individus sont-ils égaux devant les chances de contracter la dysenterie? Voilà un premier point qui vient aussitôt à l'esprit, et les faits répondent que non, car dans les pays où la maladie est endémique, comme dans ceux où elle a paru à l'état épidémique, on a vu certains sujets, certaines classes d'hommes présenter ou un plus grand nombre d'atteintes ou une sorte d'innocuité relative. La raison de cette différence me paraît être dans la plus ou moins large exposition des individus aux causes de la maladie; mais cette conclusion serait prématurée si elle n'était appuyée sur les faits, et pour cela, nous allons envisager la question sous divers points de vue.

Les médecins français et anglais, ceux de la marine comme ceux de l'armée, ont constaté depuis longtemps que les recrues, les jeunes soldats fournissent plus de dysentériques que les vieux militaires, et beaucoup auraient volontiers été portés à considérer comme conséquence de cette observation que la dysenterie comme la fièvre typhoïde serait une maladie de leur apprentissage de la nouvelle vie. Cette opinion est erronée cependant, et il est plus exact de dire que les recrues étant en général des individus plus jeunes ou plus faibles que la masse moyenne des militaires et marins, sont exposés par cela même et uniquement par cela à la dysenterie; mais que les vieux marins et les vieux soldats ne résistent mieux que parce qu'ils sont relativement plus vigoureux et plus rompus aux fatigues du métier, car lorsque les causes de la dysenterie sont plus puissantes, les vieux comme les jeunes sont atteints également, et tandis que ceux qui ont été atteints une fois par la fièvre typhoïde sont, en général, à l'abri de ses coups, désormais, au contraire, ceux qui ont été touchés par la dysenterie sont une proie plus facile pour les récidives, toutes choses égales d'ailleurs.

Action des maladies antérieures

D'après ce que nous avons dit à diverses reprises précédemment, on sait déjà que les maladies antérieures qui ont débilité le sujet ont augmenté, toutes choses égales d'ailleurs, sa réceptivité de la maladie. — Je ne crois pas que l'une plutôt que l'autre puisse être incriminée d'une manière directe, à part peut-être une atteinte antérieurede, dysenterie qui ayant altéré déjà la muqueuse du gros intestin, l'a rendue plus facile et plus prompte à s'enflammer. Je pense donc, en résumé, que les maladies, quelles qu'elles soient, n'ont leur action qu'en vertu de la débilitation qu'elles ont entraînée.

C'est assurément à cette cause que l'on doit de voir la dysenterie survenir si souvent et si sévèrement chez les convalescents de fièvre jaune, chez les anémiés, chez ceux qui ont été fortement touchés par l'empoisonnement malarien, et ceux qui ont dit que la dysenterie se charge dans certains pays d'emporter les valétudinaires ont exprimé un fait profondément vrai.

Dans notre colonie de Cochinchine, il y a longtemps qu'on a reconnu la vérité de l'assertion suivante : ceux qui arrivent bien portants ont plus ou moins de chances de contracter la maladie, mais ceux qui arrivent porteurs d'une épine morbide, quelle qu'elle soit, sont assurés d'avance qu'ils l'auront sans pouvoir y échapper.

D'autre part, il a été parfaitement reconnu que dans les épidémies de dysenterie de la zone tempérée, ce sont les enfants, les femmes, les vieillards, les débiles qui ont fourni le plus fort contingent à la maladie, et si çà et là un homme vigoureux est tombé par l'excès souvent de son exposition aux causes, les malingres et les non-valeurs de la population sont atteints d'une manière plus facile autant que plus sévère.

Acclimatement

Pendant longtemps on a discuté pour savoir si les Européens qui vont dans les pays chauds où la dysenterie règne sont aptes ou non à s'acclimater, ou, pour parler plus exactement, peuvent espérer de s'habituer aux causes productrices, de telle sorte qu'ils seront moins exposés à contracter la maladie quand ils auront passé plus ou moins de temps dans le milieu.

Aujourd'hui, la question est résolue, et tout le monde partage cette opinion que Catel, Dutrouleau, Rufz de Lavison ont eu, je crois, le mérite de formuler les premiers. On ne s'acclimate pas aux causes de la dysenterie, la chose est tellement patente qu'elle ne saurait être révoquée en doute, et si quelques malheureux sont frappés par la maladie d'une manière si sévère dès leur arrivée dans les pays où elle règne, qu'il leur faut fuir en toute hâte sous peine de succomber, on peut dire que, toutes choses égales d'ailleurs, la dysenterie atteint un Européen d'autant plus facilement et plus gravement, qu'il est depuis plus longtemps dans les pays foyers de la maladie. Il y a, sans doute, d'heureuses exceptions en ceci, comme pour tout, on peut citer nombre d'exemples du contraire. Mais, outre qu'ils sont en grande minorité, on peut dire qu'en les analysant avec soin on constate que le résultat est dû alors à d'autres conditions étrangères, car, pas plus que les autres, le problème actuel n'est simple d'une manière absolue.

Donc, nous admettons avec nos éminents prédécesseurs, Thévenot, Catel, Dutrouleau, Rufz de Lavison, etc. etc., que tous les individus nés dans un pays relativement sain sous le rapport de la dysenterie, sont aptes à la contracter dans les localités où elle existe, quelle que soit la durée de leur temps de séjour à la colonie. Je crois avoir fourni des exemples

frappants quand, en m'occupant des maladies des Européens, soit au Sénégal, soit à la Martinique, j'ai montré qu'en somme la dysenterie atteint d'autant plus fréquemment et plus sévèrement les hommes des contingents militaires, qu'ils sont depuis un temps plus long dans le pays. J'ai montré aussi que si la mortalité des troupes et des équipages est allée en diminuant dans des proportions considérables depuis le commencement du siècle, c'est précisément parce que l'on a diminué le temps de séjour de ces hommes dans nos colonies, et que la dysenterie a été conséquemment moins fréquente et moins sévère.

Ajoutons que les mêmes faits peuvent s'observer en Algérie, et que s'ils y sont moins tangibles au premier coup d'œil, c'est que coïncidemment la manière de vivre des troupes a changé du tout au tout sous l'influence de la pacification de notre possession du Nord de l'Afrique. Aujourd'hui, les soldats d'Algérie ne s'exposant plus ni si souvent ni tant aux refroidissements de la nuit au bivouac, ont pu rester hors de France sans danger infiniment plus que précédemment.

Ages. — Sexes. — Constitutions. — Tempéraments.

Il y a longtemps qu'on dit avec raison : tous les âges, les deux sexes, toutes les constitutions et tous les tempéraments sont également attaqués par la dysenterie. La chose est vraie d'une manière absolue, et si l'on voit les enfants, les femmes, les vieillards figurer pour un moindre chiffre dans certaines statistiques, ce n'est pas parce qu'ils sont moins sujets à subir ses atteintes, mais parce qu'ils sont moins nombreux que les adultes, ou bien encore parce que dans leurs habitudes de la vie ils s'y exposent moins.

Par conséquent, il serait temps de rayer ce détail de l'étiologie de la dysenterie, comme d'ailleurs de celle d'une infinité de

maladies, car, en s'occupant de lui, on perd à ne rien dire un temps qui pourrait être utilement employé autrement.

Races

Certaines races sont-elles plus aptes que d'autres à contracter la dysenterie ou à y résister ? Telle est la question qui se pose actuellement et à laquelle il est assez difficile de répondre d'un seul mot sans paraître paradoxal et sans s'exposer à voir fournir des exemples contradictoires. Disons cependant par avance que toutes les races sont égales, à mon avis, devant la maladie, soit pour la contracter, soit pour y résister ; seules, certaines conditions spéciales de la manière de vivre des individus les garantissent quelque peu contre l'invasion de la maladie ou leur permettent de guérir plus facilement une fois qu'ils l'ont contractée.

De prime abord on a été disposé à croire d'après ce qui a été observé dans les colonies anglaises et françaises situées sous les tropiques ou dans la zone juxta-tropicale, que les Européens étaient plus susceptibles que les nègres ou les Indiens à contracter la dysenterie ; mais en y regardant de plus près on voit qu'il n'en est rien. Si dans ces pays les étrangers sont plus atteints que les indigènes, ce n'est pas parce qu'ils sont d'une race différente, c'est entre autres choses parce qu'ils viennent d'un pays plus froid dans un pays chaud ; car si un de ces indigènes se trouvait artificiellement placé dans les mêmes conditions il courrait absolument les mêmes chances d'être atteint par la maladie.

Pour cette question de la race devant la dysenterie comme pour les autres, toutes les séries imaginables d'opinions ont été formulées, et certains observateurs ont même avoué cette proposition assez étrange de prime abord, c'est que dans les pays où la dysenterie est endémique, les indigènes sont moins

aptes que les étrangers à la contracter, mais en revanche, une fois atteints, ils en meurent plus souvent ou la présentent à l'état plus sévère. On n'a pas manqué de fournir à l'appui de ce dire des chiffres qui semblent ne laisser aucun doute à l'esprit, et qui en définitive ne font que corroborer cette pensée en moi que tous les individus sont également aptes à subir cette dysenterie et ne doivent qu'à des conditions absolument étrangères à leur race, leur sexe, etc. etc., d'y résister plus ou moins heureusement.

Pour fixer nos idées d'une manière assez précise touchant ces divers détails de la réceptivité des individus vis-à-vis de la dysenterie, il nous faut, je crois, prendre la discussion à un autre point de vue et nous poser encore quelques questions pour compléter les aperçus que nous devons avoir sur ce sujet; c'est ainsi que nous nous demanderons :

1° Si celui qui est né dans un pays à dysenterie est moins exposé qu'un autre à la contracter, abstraction faite de sa place dans l'échelle ethnique.

2° Si celui qui arrive dans un pays où règne la maladie est plus ou moins disposé à la contracter suivant la place qu'il occupe dans cette échelle ethnique.

3° S'il y a des conditions spéciales qui favorisent la production ou la sévérité de la maladie chez les divers individus d'un même pays, quelle que soit d'ailleurs leur race.

1° *Celui qui est né dans un pays où règne la dysenterie est-il moins exposé qu'un autre, abstraction faite de sa place dans l'échelle ethnique ?*

Il semble rationnel de prime abord d'admettre que celui qui est né dans un pays à dysenterie est moins exposé qu'un autre à la contracter, car, se dit-on aussitôt, si tous les hommes étaient égaux devant les chances de cette maladie, il devrait logiquement en résulter que les pays où règne la dysenterie

se dépeupleraient. Or une endémie autrement plus sévère que la dysenterie, le paludisme a ses immunités pour certains individus; il doit en être de même pour les flux de ventre. Eh bien ! quoiqu'il paraisse y avoir ainsi deux raisons pour une en faveur de cette immunité, je ne puis me résoudre à l'admettre et je n'y crois pas d'une manière bien décidée. En effet, on a confondu à mon avis deux choses bien distinctes ; l'endémie dysentérique n'est en rien comparable à l'endémie paludéenne : une maladie est un véritable empoisonnement, l'autre est un pur accident, et admettre que les individus qui sont nés dans un pays à dysenterie sont moins aptes que d'autres à la contracter, serait un peu comme si on disait que les montagnards sont moins exposés que les habitants des plaines à se fracturer un membre quand ils tombent.

Si les peuplades qui habitent dans les contrées où la dysenterie est endémique ne disparaissent pas sous le coup de la maladie, c'est que l'expérience séculaire leur a indiqué que telle habitude, telle manière de vivre, telle pratique d'hygiène les défend plus heureusement que telle autre, et c'est uniquement à cette raison, j'en suis certain, qu'elles doivent de résister mieux que les étrangers. L'Espagnol, le Sicilien, l'Arabe ont reconnu depuis longtemps que les vêtements de laine sont préférables à ceux d'étoffe légère pour résister aux flux de ventre engendrés dans leur pays par les brusques variations de la température, et voilà pourquoi les étrangers sont plus souvent malades, qu'eux de dysenterie dans leur pays. L'Annamite, le Chinois ont reconnu que l'eau bue sans préparation, lorsqu'elle provient directement d'un fleuve ou d'un marais est malsaine et ils ont pris l'habitude de boire du thé ; voilà pourquoi ils échappent mieux que nos soldats aux chances de contracter la dysenterie. Or les étrangers, en se pliant à ces coutumes, acquerraient, toutes choses égales d'ailleurs, les

mêmes conditions de résistance, abstraction faite, bien entendu, de la question de latitude du pays de naissance.

Au contraire, dès que l'Arabe, le nègre soudanien changent leur manière de vivre pour prendre les nôtres, par exemple, ou bien émigrent dans une localité assez éloignée de leur lieu de naissance pour y trouver des coutumes différentes des leurs, ils sont exposés comme les autres étrangers à contracter la dysenterie.

D'un autre côté, on sait très positivement que lorsque certaines peuplades n'ont pas été assez intelligentes pour trouver un *modus vivendi* qui les mette plus ou moins efficacement à l'abri des chances de dysenterie, elles subissent la maladie d'une manière très fâcheuse, et si nous y regardions de près nous verrions que dans certaines contrées, que dans certaines localités, la population aurait bientôt disparu entièrement si un apport constant de population nouvelle ne venait au fur et à mesure remplacer les vides occasionnés par la maladie.

Donc, on le voit, il n'y a pas d'immunité proprement dite vis-à-vis de la dysenterie du fait de la naissance dans un pays où la maladie règne d'une manière endémique.

2° *Celui qui arrive dans un pays à dysenterie est-il plus ou moins disposé à la contracter, suivant la place qu'il occupe dans l'échelle ethnique?*

On a observé que lorsque des individus arrivent dans un pays où la dysentérie est endémique, ils ne sont pas également tous atteints de la même manière. Citons par exemple, et pour mieux préciser les faits, que dans diverses expéditions du Sénégal, du Mexique ou de l'extrême Orient, on a vu dans les corps de turcos (tirailleurs algériens) dont les soldats étaient des Arabes et mêmes des nègres, et les officiers des Européens, on a vu, dis-je, que les officiers étaient moins atteints, toutes choses égales d'ailleurs, que les hommes du rang. Même chose

a été observée sur les navires à équipages mixtes, et c'est au point qu'il semblerait démontré de prime abord que l'Européen a présenté dans ces cas une résistance plus grande à la maladie.

Mais, hâtons-nous de le dire, c'est à tort qu'on verrait là un bénéfice de race. Non, je persiste à dire que toutes les variétés humaines sont égales devant la maladie, et ce qui a fait que dans les conditions dont nous parlons l'Européen a résisté en général mieux que les autres, tant aux causes morbides qu'à la maladie elle-même, c'est d'une part que les conditions hygiéniques de tous les jours sont meilleures pour lui en général; c'est qu'il est moins anémié, ayant subi moins de privations, etc. etc., c'est enfin que, plus intelligent, plus instruit, il est moins accessible aux influences déprimantes de l'ennui, du découragement, de la nostalgie, etc. etc.; il a su résister mieux que les autres, plus par le fait de son intelligence que de sa constitution.

3° *Y a-t-il des conditions spéciales qui favorisent la production de la dysenterie chez les diverses classes d'hommes d'un pays* ?

Je viens de répondre par l'affirmative dans le paragraphe précédent à cette question, de telle sorte que je n'ai pas besoin d'entrer dans de bien longs développements à ce sujet. La classe d'hommes qui a le plus de bien-être, qui se trouve dans les meilleures conditions physiologiques et hygiéniques, est la plus résistante, c'est-à-dire la moins souvent touchée par la dysenterie ; et si on suppose par la pensée telle contrée où les riches seraient les nègres, les jaunes, les rouges, et où la classe pauvre serait de la race caucasique la plus pure, je suis persuadé que l'on y constaterait que les blancs sont les plus souvent et les plus sévèrement touchés par la dysenterie.

Si nous consultons les médecins qui ont observé la dysenterie dans les meilleures conditions pour juger cette ques-

tion, des diverses aptitudes ou immunités vis-à-vis de la dysenterie, nous voyons en somme qu'ils sont de mon avis, et en effet

Rufz de Lavison, en parlant de la dysenterie à la Martinique, dit que les flux de ventre aigus ou chroniques sont la cause la plus fréquente de la mort chez les enfants, les vieillards, les valétudinaires, les femmes, etc. etc., et cela tant chez les blancs que chez les nègres, les mulâtres, les Indiens, etc. etc.

Pour ma part, je disais, en m'occupant de la dysenterie de la Martinique : j'ai vu mourir tant de créoles, blancs, mulâtres, nègres, de la dysenterie aiguë ou de la diarrhée chronique, même alors qu'ils étaient nés dans le pays et n'avaient jamais quitté le lieu de leur naissance, que je n'hésite pas à étendre à tous ce qui a été dit pour les Européens, à savoir que toute la population sans distinction d'âge, de sexe, de race, est exposée à la maladie avec des variations relativement restreintes du plus au moins.

En résumé donc, on est logiquement entraîné à penser que toutes les races, que tous les hommes sont également exposés à la dysenterie, et que certaines conditions étrangères à sa nature, dépendant des circonstances extérieures à l'individu, sont au contraire toutes-puissantes et les seules capables de créer une aptitude ou une immunité relative. Telle est la conclusion qui s'impose touchant la question de la réceptivité des divers individus relativement à la dysenterie.

NATURE ET PATHOGÉNIE DE LA DYSENTERIE

Nature

La nature de la dysenterie a été la cause, j'allais dire le prétexte de discussions interminables, et on pourrait à son propos passer en revue toute l'histoire des variations des théories de la maladie depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il

faut dire, en effet, que cette maladie, loin d'être toujours semblable sous le rapport soit de sa fréquence, de son intensité et même de sa manière de survenir ou de disparaître, soit au cours des années, soit au sein des populations, présente à chaque instant ou dans les diverses localités des différences qui ont pleinement justifié les plus grandes divergences d'opinion.

Quand on étudie l'histoire de la dysenterie à ce point de vue, on constate bientôt que les auteurs se sont rangés soit en deux, soit en trois camps différents. Les uns, ne voyant dans la maladie qu'une inflammation pure et simple du gros intestin, ont pensé qu'il n'y a là qu'une entérite plus ou moins intense, suivant les cas. Les autres, au contraire, croyant que la phlegmasie ne peut expliquer tous les cas, ont fait une distinction entre les cas simples, pour lesquels ils ont admis l'entérite pure, et les cas complexes, qu'ils ont considérés comme la manifestation d'une véritable pyrexie. Un troisième groupe a même dédoublé cette dernière catégorie pour séparer la dysenterie que l'on voit sous forme épidémique dans nos contrées de celle qui règne endémiquement dans les contrées tropicales, et qu'on appelle vulgairement la dysenterie des pays chauds.

Nous avons vu précédemment ce qu'il faut penser de cette prétendue différence qu'on aurait voulu admettre entre la dysenterie des pays tempérés et celle de la zone torride, entre la maladie observée à l'état sporadique endémique ou épidémique; il n'est pas nécessaire d'insister davantage là-dessus.

Quant à ceux qui ont voulu voir dans les flux de ventre deux maladies distinctes suivant le cas: *A*. Une inflammation pure et simple du gros intestin; *B*. Une pyrexie essentielle, je crois aussi qu'ils ne sont pas dans le vrai, mais leur opinion ne saurait être ainsi rejetée sans discussion ; il nous faut de toute nécessité

l'étudier en détail pour savoir si nous pouvons ou non l'accepter ou la rejeter d'une manière assurée.

Nous pourrions faire ici de nombreuses citations, car tous les auteurs à peu près s'étant occupés de la question, il y aurait tout un volume à écrire rien qu'en copiant ce qui a été formulé par tel ou tel ; mais ce serait sans utilité ; aussi me permettra-t-on de ne parler que de ce qu'ont dit un des plus anciens et un des plus récents écrivains de l'histoire de la dysenterie.

Sydenham se rangea résolument dans la catégorie de ceux qui admettaient deux sortes de dysenterie, une sporadique éventuelle, légère et simple, l'autre épidémique, grave et complète. Voici d'ailleurs comment il spécifie cette dernière (Med. prat. *Encyclop. de Bayle ;* 7e division, p. 109, § 321) : « J'ai trouvé que c'était une fièvre particulière qui agit sur les intestins, c'est-à-dire que les humeurs âcres et enflammées qui sont contenues dans la masse du sang et qui l'agitent sont déposées sur les intestins. »

Nous verrons ultérieurement que le dire de Sydenham peut se dédoubler en deux portions, une qui a trait à la nature pyrétique de la maladie, l'autre au mécanisme de la production de cette maladie, si je puis m'exprimer ainsi, à la pathogénie, et que cette dernière est moins éloignée que ce que l'on pense, de ce que bien des auteurs ont formulé ; mais pour le moment nous nous bornons à enregistrer l'opinion.

D'Ormay, qui avait si bien étudié la dysenterie aux Antilles comme en Cochinchine, croyait aussi de son côté qu'il y a deux sortes de dysenterie : l'une simple, franche, née des causes générales de l'inflammation ; l'autre septique ou miasmatique, née d'éléments de corruption animale, et voici comment il développait sa pensée :

« La première se développe dans les grandes chaleurs sous

l'influence d'un refroidissement, d'un écart de régime ; la seconde se développe dans les camps et les hôpitaux et est la cousine germaine du typhus.

« On l'a vue dans les armées se développer au voisinage d'un marais où se corrompaient des matières animales et devenir contagieuse ; on la voit paraître après une alimentation putride ou l'inspiration de gaz de putréfaction. La mauvaise eau des rivières qui charrient des détritus animaux la détermine également ; le voisinage des malades qui en sont atteints à l'hôpital la fait aussi apparaître ; elle est donc contagieuse, ou au moins infectieuse.

« La dysenterie est d'autant plus grave et plus fréquente que les hôpitaux sont plus encombrés ; l'aspect change aussitôt après une évacuation, et il n'est pas nécessaire pour que la maladie prenne un mauvais caractère que ceux qui encombrent soient dysentériques, il suffit de leur nombre, ce qui est une ressemblance de plus avec le typhus. »

Déjà dans le chapitre premier, en parlant des épidémies de dysenterie, je me suis occupé de ce sujet, et même je pourrais me baser sur la discussion que j'ai faite alors pour considérer la question comme jugée; mais, au risque d'être accusé de longueur, je crois devoir y revenir ici pour ne laisser aucune obscurité dans le débat. Je dirai donc qu'il faut faire cette restriction, que dans nombre de faits signalés dans le courant des siècles précédents, on a décrit comme appartenant à la dysenterie des atteintes qui étaient, ou bien complexes, c'est-à-dire un mélange de dysenterie et d'affection zymotique (fièvre typhoïde, typhus), ou bien qui appartenaient purement et simplement à la fièvre typhoïde ou au typhus.

Ai-je besoin de le rappeler au lecteur ? dans nombre de circonstances la fièvre typhoïde, par exemple, a pendant une épidémie ou une partie de la durée de l'épidémie une prédominance,

une exagération des symptômes dits abdominaux, qu'on est tenté de se demander souvent si c'était à la dothinenterie ou à la dysenterie qu'on a affaire, de même qu'à d'autres moments, c'est la prédominance des phénomènes thoraciques qui se voit, et que dans ces cas si on n'avait pas déjà suivi l'épidémie depuis quelque temps, si par exemple un médecin arrivant pour la première fois dans la localité était placé en face d'un seul malade, il ne saurait porter un diagnostic précis, oscillant entre la dysenterie avec accidents typhoïdes ou la fièvre typhoïde avec accidents intestinaux, dans un cas; entre la pneumonie typhoïde et la fièvre typhoïde avec accidents thoraciques dans l'autre cas.

Or on comprend qu'avant les travaux de Louis Chomel, Andral, etc. etc., qui ont admirablement dégagé la fièvre typhoïde des obscurités qui l'entouraient, on ait pu souvent se méprendre et rattacher à la dysenterie ce qui revenait en tout ou en partie à la dothinenterie. Donc ce n'est guère que sur les travaux et les observations récentes qu'on peut s'appuyer avec confiance pour se faire une opinion touchant la nature pyrétique que la dysenterie peut avoir dans certains cas.

Aussi il faut se souvenir qne lorsque les malades sont dans de mauvaises conditions leur maladie s'aggrave, prend une sévérité et une insidiosité fâcheuses, de sorte que, comme les dysentériques peuvent aussi bien que les autres se trouver dans ce cas, il est naturel que parfois on voie leur atteinte être moins franche, plus brutale que dans d'autres; mais cependant il n'y a pas là de quoi justifier une séparation de la maladie en deux affections bien distinctes, une phlegmasique, l'autre zymotique. Et qu'on y réfléchisse un moment : les faits ne se presseraient-ils pas en foule aux yeux de l'observateur pour repousser ce dualisme que le raisonnement serait capable à lui seul de l'en éloigner.

La dysenterie n'est dans aucun cas une maladie zymotique,

à germes capables de se transmettre d'homme à homme, la chose est surabondamment prouvée. Si les matières fécales ou autres provenant des dysentériques ont pu jouer un rôle dans sa production ou son aggravation, ce n'est pas parce qu'elles ont contenu un ferment, un germe allant reproduire la scène morbide dans un organisme sain, comme cela se voit pour la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, le choléra : non, c'est par la viciation putride de l'air et en allant provoquer un véritable empoisonnement septique des individus, qu'elle a pu se propager ainsi d'un sujet à un autre.

On le voit, en définitive, l'opinion de l'existence de deux dysenteries différentes est combattue par les faits, et en examinant la question avec soin on voit tomber un à un à néant les arguments qui ont été fournis pour l'appuyer. Aussi, sans prolonger davantage cette discussion, je me hâte de terminer en disant que pour ma part je suis entièrement de l'avis de mon savant collègue Léon Colin. Ce qui domine dans la question de la nature de la dysenterie, c'est une différence d'intensité et non de nature. Les causes productrices étant plus puissantes dans les pays chauds, la maladie y est plus grave ; mais qu'elles soient suffisamment puissantes dans les climats tempérés, sous l'influence d'une décomposition animale, etc. etc., et on la verra apparaître aussi grave et aussi sévère n'importe dans quel endroit et n'importe chez quel individu.

Pathogénie de la dysenterie

L'explication de la manière dont la dysenterie survient, l'étude de sa genèse et de son évolution ont dû se ressentir à chaque instant des idées qui avaient cours en ce moment dans la médecine, de sorte qu'on pourrait écrire sur le sujet qui nous occupe ici de longs volumes, car on pourrait reprendre à pro-

pos de la maladie qui nous occupe toute l'histoire des théories médicales depuis l'antiquité. Nous ne pouvons ni ne devons prendre la question d'aussi haut, pour rester dans les limites que comporte le cadre de ce livre ; aussi abrégerons-nous le plus possible cette étude de la pathogénie, et nous bornerons-nous aux indications sommaires indispensables pour en donner un aperçu suffisant au lecteur. Nous avons parlé de Sydenham il y a un instant, complétons sa citation, ou plutôt répétons-la tout entière :

« Après avoir soigneusement et mûrement réfléchi, dit-il, j'ai trouvé que c'était *une fièvre particulière qui agit sur les intestins,* c'est-à-dire que les humeurs âcres et enflammées qui sont contenues dans la masse du sang et qui l'agitent sont déposées sur les intestins à travers les artères mésentériques, et étant aidées par le mouvement impétueux des liqueurs qui se portent de ce côté-là, elles forcent les orifices des vaisseaux et donnent moyen au sang de s'épancher par les selles. En même temps les intestins faisant tous leurs efforts pour se débarrasser des humeurs âcres qui les irritent continuellement, expriment la mucosité dont ils sont naturellement enduits ; laquelle se décharge avec le sang, tantôt plus, tantôt moins, chaque fois qu'on va à la selle. »

Stoll, reprenant l'idée de Cœlius Aurelianus, a défendu la nature rhumatismale de la dysenterie.

Cœlius Aurelianus appelait la dysenterie : *rheumatismus intestinorum cum ulcere.*

Pour bien apprécier la valeur de l'idée de Stoll, il faut entrer dans quelques explications, car faute de les avoir eues présentes à l'esprit, nombre d'auteurs ont adressé à Stoll des reproches acerbes ou ironiques qu'il est loin de mériter. Pour Stoll comme pour ses contemporains, le rhumatisme était une affection composée de trois éléments : *spasme, douleur,*

flux (ou *catarrhe*), car, ne l'oublions pas, le nom de rhumatisme vient du grec ῥεῦμα, de ῥέω, je coule, et catarrhe vient de καταῤῥος-ῥέω, je coule, κατὰ, préposition, donnant au mot composé la signification de force et de durée. Pour eux, il y avait dans tout rhumatisme une humeur spéciale, *materies rheumatica*, et les selles dysentériques pouvaient, à bien des titres, être données comme le type de cette sécrétion morbide, de sorte qu'ils étaient logiques dans leurs appréciations. Plus tard on a vu dans le rhumatisme un élément phlegmasique qui a primé l'élément fluxion au point de le faire oublier même, et ceux qui ne s'en souviennent pas trouvent l'expression de Stoll tout à fait impropre.

L'appellation de Stoll étant ainsi justifiée, voyons comment il comprenait la genèse de la dysenterie. Pour lui, le refroidissement de la surface cutanée était la condition étiologique essentielle, et de même que dans certains cas, à certains moments de l'année, etc. etc., ce refroidissement provoquait ce que nous appelons aujourd'hui une odontalgie, un coryza, une angine, une bronchite, une pneumonie, de même, dans certains cas ou à certains moments, il provoquait un coryza abdominal, un rhume, un rhumatisme de l'intestin.

Certes, l'idée de Stoll expliquée de cette manière se montre aussitôt sous un nouveau jour, et nous sentons immédiatement que nous sommes moins éloignés que nous ne le croyions *a priori* de nous entendre, et en effet, tous ceux qui ont vu la dysenterie de près savent combien le refroidissement cutané est la condition étiologique capitale de l'affection.

Zimmermann, de son côté, a considéré la bile comme la cause importante, capitale, exclusive, pourrions-nous dire, de la dysenterie. Cette bile, altérée selon lui par telle ou telle raison, produit sur l'estomac et l'intestin l'effet d'un poison qui, suivant le cas, peut engendrer soit une fièvre bilieuse plus

ou moins grave, soit une dysenterie avec toutes ses lésions et toutes ses conséquences.

Nous ne dirons qu'un mot de la manière dont l'école dite physiologique envisagea la pathogénie de la dysenterie ; pour elle, en effet, l'inflammation pure et simple rendait compte de tout, et l'entérite était, après la gastrite, le type de cette inflammation des organes intérieurs ; aussi le nom de gastro-entérite devint-il bientôt aussi habituel que célèbre même dans les écrits de l'époque. Mais, comme tous les échafaudages de l'esprit humain, lancée dans la voie du raisonnement systématique, la gastro-entérite n'eut qu'un temps limité, et trouva bientôt plus de détracteurs qu'elle n'avait rencontré de partisans.

L'observation de la maladie faite dans les hôpitaux de l'Algérie par nos médecins militaires devait apporter des éléments nouveaux pour l'étude de la pathogénie de la dysenterie, et tandis que les uns s'attachaient à l'opinion qui fait des flux de ventre une inflammation franche, que d'autres n'y voyaient qu'une manifestation spéciale de l'empoisonnement malarien, un certain nombre se rangèrent du côté de l'idée que la dysenterie est le résultat d'un trouble de la fonction biliaire. Citons à ce propos, entre plusieurs autres, la théorisation de MM. Besseron et Rietschel, médecins militaires de l'hôpital de Mustapha, à Alger, qui avancèrent résolument que la sécrétion biliaire est d'abord dérangée dans la dysenterie, de sorte que la maladie est consécutive, et disons plus, dépendante de la lésion primitive du foie.

Dans son excellent livre sur la dysenterie, Delioux, après avoir passé en revue les diverses opinions sur la nature et la cause de la dysenterie, arrive à faire concorder l'opinion de la plupart des auteurs en indiquant une manière de voir qui n'a peut-être que le tort de ne pas être formulée en quelques

lignes et d'une manière compréhensible au premier coup d'œil.

Pour Delioux, l'action des climats, des conditions atmosphériques, les excès, les vices du régime alimentaire, les miasmes, le refroidissement cutané ébranlent l'équilibre fonctionnel de l'organisme, altèrent la nutrition et préparent ainsi, par une série de perturbations, une dyscrasie du sang qui, sous l'influence d'une condition dernière éventuelle, l'endémie, l'épidémie, le hasard, ajouterait ou même volontiers pour quelques cas ferait apparaître la dysenterie grave. Mettons tout ce que nous venons de dire au minimum, et nous aurons la dysenterie sporadique ou bénigne, le degré le plus léger, qui en somme ne diffère de l'autre que par une moins grande intensité des conditions étiologiques, comme par une moins grande sévérité des phénomènes morbides.

Delioux me paraît donc être rigoureusement dans le vrai quand il formule sa manière de voir sur la cause de la dysenterie. Je n'oserais le suivre dans les détails qu'il donne au sujet du mécanisme intime par lequel la maladie se développe, car il a bâti toute une théorie basée sur les connaissances qu'on avait au moment où il écrivait sur la physiologie, théorie qui fait grand honneur à son érudition, mais dont le moindre défaut aujourd'hui est d'être démodée, parce que la physiologie a marché beaucoup depuis 1860 et que les explications qui paraissaient admissibles alors dans le champ des phénomènes biologiques ont été remplacées par bien d'autres depuis.

Voici, à mon tour, comment je comprends la pathogénie de la dysenterie ; et tout en reconnaissant d'avance que, pas plus que mes prédécesseurs, je ne puis avoir la présomption d'envisager le problème dans son ensemble, je formule une théorie qui vivra aussi longtemps qu'elle pourra, en attendant une autre, qu'un de mes successeurs plus heureux présentera à

son tour pour mieux faire comprendre la manière suivant laquelle se prépare et se développe la maladie.

L'homme a été créé avec des organes destinés à assurer son existence par un fonctionnement régulier dans les conditions moyennes du milieu où il doit vivre. Si ces conditions de milieu ne variaient pas, il est probable qu'un nombre considérable des maladies qui l'atteignent ne se montreraient pas, ou au moins seraient infiniment plus rares qu'elles ne le sont en réalité. Son organisme vivant a en revanche l'heureuse propriété de continuer à fonctionner régulièrement pendant un certain temps, même quand les conditions du milieu sont assez éloignées de leur état moyen ; ce n'est que si ces conditions dépassent une certaine limite ou restent trop longtemps éloignées de la condition moyenne que la propriété réactionnelle de l'organisme est vaincue, et que la maladie se produit.

Or, soit que l'homme soit transporté dans une zone plus chaude ou plus froide que celle dans laquelle il était destiné à vivre, ou bien que, dans son pays natal, des causes plus ou moins diverses viennent, dans un moment donné, concourir à élever ou à abaisser la température d'une manière insolite ; ou bien encore, en envisageant le problème sous une autre face, si cet homme est sous l'influence de certaines passions, de certaines obligations physiques, morales, d'une alimentation anormale, soit sous le rapport de la nature, soit sous le rapport de la qualité, soit sous le rapport de la quantité, il se produit une modification dans le fonctionnement de ses organes, modification compatible avec la santé pendant un temps plus ou moins long ,dans une limite plus ou moins grande, et aboutissant à la maladie lorsque, comme je l'ai dit, l'harmonie fonctionnelle, cette heureuse propriété de balancement qui est un des plus admirables apanages des corps vivants, est vaincue par l'intensité ou l'instantanéité des oscillations.

Pour le moment présent, nous n'envisageons que l'action de la chaleur, des passions tristes, de l'encombrement ou de la mauvaise disposition des habitations, de la mauvaise nourriture, de l'excès des boissons alcooliques, etc. etc., sur les fonctions du foie. Or nous voyons que ce foie a un plus grand travail à accomplir pour des raisons que la physiologie nous apprend et que je n'ai pas besoin d'énumérer en détail ici.

Dans ces conditions, dis-je, le foie travaillant davantage sécrète de la bile en plus grande quantité ou possédant des propriétés plus actives qu'à l'état physiologique; il en résulte que l'organisme est mis plus ou moins vite, suivant maintes conditions, dans un état qui, sans être incompatible avec les apparences d'une santé très convenable, n'en est pas moins déjà une préparation à la maladie.

Il va sans dire que les conditions extérieures ou dépendantes de l'individu, comme le temps nécessaire pour cette préparation, peuvent varier dans de grandes limites ; la chose se comprend si bien que j'ai à peine besoin de le spécifier.

Et en effet, si nous envisageons le cas de l'individu qui arrivera d'un pays relativement froid, et au moment où son lieu de naissance est peu échauffé par le soleil, dans une localité où l'hivernage est en pleine activité; si nous envisageons celui d'un individu restant dans son pays natal, mais se trouvant en présence d'une année spécialement chaude, sèche d'une manière inusitée, plus mouvementée par des intempéries atmosphériques que de coutume, etc., etc.; d'autre part si nous supposons, par exemple, que ce sujet, pour une raison quelconque, absorbe plus d'alcool qu'il n'avait l'habitude de le faire précédemment, ou bien se nourrisse d'aliments plus grossiers, plus indigestes, boive une eau moins pure que de coutume, soit déprimé par des passions tristes, par une

fatigue corporelle, par des excès génésiques même, il se trouvera plus vite dans les conditions favorables à l'explosion de la maladie.

Au contraire, une ou plusieurs de ces conditions mauvaises font défaut ou sont atténuées, son organisme est plus résistant, etc. etc., la santé peut être moins menacée. Bref, il y a, on le comprend ici, comme toujours en médecine quand on parle d'étiologie des maladies, une sorte d'échelle variable suivant mille facteurs différents, échelle dont l'une des extrémités est l'état physiologique, l'autre l'état d'imminence de la maladie.

Supposons donc l'individu plus ou moins préparé ainsi ; il pourra s'écouler plus ou moins longtemps sans qu'il survienne un accident à sa santé ; il pourra même traverser par un heureux concours de circonstances le moment dangereux et récupérer son état bien exactement physiologique. Mais à tel moment qu'une impression intempestive de froid et même seulement de fraîcheur vive vienne brusquement refouler le sang de la périphérie au centre, et faisant diminuer momentanément la fonction cutanée exagère passagèrement la circulation hépatique, il se produira une rupture d'équilibre, se traduisant par une débâcle bilieuse.

Notons qu'un excès de fatigue, un excès d'aliments, de boissons aqueuses ou alcooliques, une indigestion, l'ingestion d'aliments grossiers ou altérés, d'une eau de mauvaise qualité, une émotion, un excès génésique, etc. etc., peuvent produire le même effet. Dans tous ces cas la vésicule biliaire, distendue déjà par une bile plus active qu'à l'état normal, verse inopinément dans l'intestin grêle un surcroît liquide qui va tout de suite, en vertu de son action physiologique exagérée par son abondance ou son activité, parfois par ces deux qualités, provoquer des coliques et de la diarrhée.

Nous comprenons déjà par cette explication d'un mécanisme parfaitement simple et bien connu mille particularités de l'histoire de la dysenterie qui n'étaient guère expliquées jusque-là. En effet, cette diarrhée qui survient peu après l'arrivée dans les pays chauds, par exemple, et qu'on a appelée la diarrhée d'acclimatement, nous apparaît sous son vrai jour. Nous comprenons que l'organisme n'étant pas encore préparé par un fonctionnement hépatique exagéré de longue date, n'a produit qu'une bile peu active relativement; d'autre part, l'anémie n'étant pas encore très avancée, la répercussion circulatoire a été moins brusque, a ébranlé moins l'individu, de sorte que la première rupture d'équilibre de la santé n'est que de la diarrhée, et une diarrhée passagère en général.

Au contraire, s'il s'est écoulé quelques mois depuis l'arrivée ou bien si la cause de la rupture d'équilibre a été puissante, il est possible que la première atteinte soit plus grave. Bref, ici encore, il est facile de faire par la pensée une gamme variable suivant maints facteurs différents. Mais on comprend aussi combien ce mot de *diarrhée d'acclimatement* est impropre, et qu'au lieu de la considérer comme une épreuve utile, nous avons raison de ne voir en elle que l'avant-garde de la maladie tropicale qui va lutter désormais contre l'organisme européen transporté hors de son milieu normal.

Nous expliquerions par ce même mécanisme la diarrhée que l'on voit survenir en été dans nos pays chez les individus qui n'ont jamais quitté la localité, celle qui résulte d'une altération des aliments ou des boissons, etc. etc. La chose est si bien comprise, j'espère, que je n'ai pas besoin d'insister davantage à ce sujet.

Mais entrons dans des détails plus précis au sujet de la pathogénie de la dysenterie. Comment se fait-il que cette débâcle bilieuse produise la maladie qui nous occupe? Eh

bien, il ne me semble pas difficile de répondre : Nous savons que physiologiquement la bile normale a pour effet de desquammer la partie la plus superficielle de l'épithélium intestinal. C'est, comme on l'a dit d'une manière imagée, une sorte de coup de balai qui chasse les parties épithéliales qui ont servi à la digestion précédente, et par conséquent ont perdu une partie ou totalité de leur puissance digestive ; artifice admirable qui permet à l'intestin de présenter perpétuellement aux aliments une surface ayant au plus haut point la propriété de les digérer. Or une débâcle biliaire intempestive et surtout une débâcle de bile ayant une action topique plus active, exagère cette desquammation épithéliale, et c'est ainsi que tout d'abord la diarrhée initiale provoque si souvent cet état d'embarras gastrique passager qui peut bien être le retentissement produit sur l'organisme par cette sorte d'orage dans l'intestin grêle, qu'on me passe le mot.

Les matières de la digestion ne séjournent pas également dans toutes les parties du tube digestif, on le sait. Alors, après avoir passé assez longtemps dans l'estomac, elles cheminent assez vite dans l'intestin grêle, de sorte que si la bile que nous incriminons est à son summum d'action topique à son arrivée dans le duodénum, d'autre part, elle le franchit assez vite pour qu'elle n'ait pas le temps d'y faire beaucoup de désordres. C'est au plus une sorte de rubéfaction, d'érythème, de vésication légère qu'elle entraîne, action capable de produire plus ou moins de retentissement général, et ce retentissement est ce que l'on a appelé l'embarras gastrique, l'embarras bilieux, l'état saburral, etc. etc. Mais la réparation se fait assez vite pour que, toutes choses égales d'ailleurs, cette partie de l'intestin soit une des moins altérées au point de vue anatomique dans les autopsies de dysenterie.

Arrivées dans le cœcum, les matières alimentaires éprouvent

un temps d'arrêt relatif, car on a comparé, on le sait, le cœcum à un estomac complémentaire ; or, dans le cas qui nous occupe, il arrive que l'action topique de la bile a le temps de s'y exercer plus longuement, et c'est ainsi que le cœcum est un des premiers points envahis par la dysenterie, de même que c'est aussi un des points les plus malades quand l'affection a atteint un certain degré ou dure depuis un certain temps.

Dans le côlon ces matières alimentaires ne progressent pas très vite, de sorte que l'action topique de la bile s'y exerce avec puissance, moins qu'au cœcum cependant. Enfin arrivées à l'S iliaque et au rectum, il y a de nouveau un temps d'arrêt, quelquefois plus long que partout ailleurs, et nous savons que la fin du gros intestin est, pour ainsi dire, le lieu de prédilection des lésions de la dysenterie.

Si nous acceptons l'explication que je viens de proposer, nous comprenons que la diarrhée et la dysenterie légère ne sont que le résultat de l'irritation topique de la bile, à divers degrés d'intensité, sur quelques parties de l'intestin, et nous comprenons non seulement la facile réparation dans les cas d'atteinte très légère, mais aussi la facilité des récidives. C'est qu'en effet, d'une part, nous avons une sécrétion biliaire qui peut à tout moment renouveler la scène de la débâcle primitive ; d'autre part, nous avons des points de la surface intestinale qui non seulement sont réparés depuis peu, mais encore qui sont le lieu d'élection de nouvelles desquammations épithéliales morbides.

Nous comprenons aussi le mécanisme de la dysenterie de moyenne intensité, cas dans lequel il s'est produit une véritable vésication de certains points de l'intestin ; le réseau vasculaire est mis à nu et entamé même, de sorte que nous voyons comment il se fait que des stries plus ou moins abondantes de sang se montrent. Bientôt les surfaces vésiquées se limitent, ou

mieux les portions de cette surface moins profondément atteintes sont recouvertes par l'épithélium protecteur qui s'est régénéré ; tandis qu'en certains endroits cette réparation ne pouvant se faire aussi bien, il en résulte une petite exulcération.

A un degré plus grave, c'est une véritable ulcération, et si la maladie dure suffisamment longtemps, ce sera même de véritables petits ulcères que l'on rencontrera.

L'anatomie pathologique nous montre d'ailleurs que c'est de préférence à l'orifice des glandes de Lieberkühn que les ulcérations se produisent et s'accentuent d'abord ; elle nous fait voir la réaction inflammatoire de voisinage arrivant jusqu'à la gangrène, jusqu'au phlegmon, suivant les cas. Mais ici, sans avoir besoin d'entrer dans plus de détails, nous comprenons, j'espère, d'une manière suffisante la pathogénie de l'affection.

Est-il nécessaire d'entrer dans des descriptions bien étendues pour expliquer la dysenterie grave avec le sphacèle de portions plus ou moins étendues de la muqueuse ? Non ; les ulcères de l'intestin sont profonds, putrides et bien capables de produire tous les accidents que nous constatons dans les atteintes de dysenterie du troisième degré.

Le mécanisme que je viens d'indiquer nous explique très bien de son côté, non seulement les accidents aigus des divers degrés de la dysenterie qui commence, mais aussi tous les phénomènes de la dysenterie chronique, et nous aurons l'occasion d'ajouter que l'affection légère, souvent récidivée, peut produire les mêmes résultats que l'atteinte intense, isolée, etc. etc.

La diarrhée chronique, dite endémique des pays chauds, ce qu'on a appelé dans l'extrême Orient la diarrhée de Cochinchine, n'échappe pas, je crois, à mon hypothèse : ici la bile altérée et sécrétée en quantité suffisante pour desquammer l'intestin d'une manière exagérée, ne produit pas le plus souvent ces ulcérations de la dysenterie ordinaire ; mais, par le fait de

cette irritation continuelle de la surface muqueuse de l'intestin il se produit une inflammation limitée et, pour ainsi dire, atomique de cette muqueuse, finissant par faire disparaître peu à peu les glandes digestives et transformant la surface intestinale en une membrane qu'on pourrait appeler cicatricielle, c'est-à-dire incapable désormais d'absorber les parties nutritives des aliments.

La rectite dysentérique, elle, est produite évidemment par la même action topique irritative de la bile favorisée par la nature de la région anatomique, et la chose se comprend si bien que nous n'avons pas à nous étendre plus longtemps sur son compte.

Nous comprenons enfin la fréquence de la complication hépatique dans la dysenterie des pays chauds; et en effet, comment en serait-il autrement, quand nous savons que le foie était malade, à proprement parler, avant l'intestin? Or alors, soit que la maladie primitive ait suivi son cours, c'est-à-dire que l'excès de fonctionnement ait produit la phlegmasie de la glande, ou bien que des matières septiques aient été charriées par les veines mésaraïques de l'intestin au foie, les résultats peuvent être la suppuration en un ou plusieurs foyers.

Si l'on accepte cette opinion sur le mécanisme de la production de la dysenterie, on voit, il me semble, la question s'éclairer du jour le plus heureux du premier coup; toutes les complications sont expliquées et on n'a plus besoin d'aller chercher ces conditions étiologiques, obscures ou hypothétiques, qui, pleines de contradictions, ne peuvent satisfaire l'esprit pour l'interprétation de tous les cas.

Pour ma part, il y a longtemps que je me suis rallié à l'idée que la dysenterie, soit qu'on l'observe dans la zone tempérée, soit qu'on l'étudie dans les pays chauds; tant celle qui se voit à l'état sporadique que celle qui se présente sous

forme endémique ou épidémique, est intimement liée à un trouble dans la fonction biliaire comme condition fondamentale, à un refroidissement de la peau, à une ingestion d'aliments anormaux, à un excès, une émotion, une fatigue, etc. etc., comme cause occasionnelle ; et plus j'étudie la question, plus je réfléchis à ses chances de probabilité, et plus je suis convaincu que cette manière de voir est bien l'expression de la réalité.

CHAPITRE HUITIÈME

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Je n'ai pas besoin d'insister longuement pour faire admettre par le lecteur la grande importance de l'anatomie pathologique dans la question de la dysenterie ; les nombreux travaux, les longues discussions inspirées par cette anatomie pathologique disent assez que les médecins se sont préoccupés beaucoup des lésions que nous avons à étudier ici. Aussi le lecteur ne trouvera-t-il pas mauvais que j'entre dans des détails assez étendus dans ce chapitre.

J'ai étudié l'anatomie pathologique de la dysenterie sur 745 autopsies, faites soit au Sénégal, soit à la Martinique, soit à l'hôpital Saint-Mandrier par mes camarades de la médecine navale ou par moi. Sur ce chiffre je n'en compte pas moins de 85 faites par moi-même ou sous mes yeux. Avec des nombres aussi grands, les chances d'erreur s'atténuent, de sorte que j'espère être arrivé à une approximation qui pourra avoir son utilité pour ce qui est de la fréquence de telle ou telle lésion que révèlent les nécropsies.

Quant à ce qui est des investigations histologiques, je ne pourrais avoir la prétention d'en entreprendre, n'ayant aucune habileté à manier le microscope; mais heureusement j'ai trouvé dans les archives de physiologie et dans celles de médecine navale des mémoires remarquables que je n'avais que la peine de copier pour présenter l'état actuel de nos connaissances sur ce point de la question. Aussi dois-je prévenir tout d'abord le lecteur que je citerai textuellement dans nombre de cas le dire de mon éminent collègue de l'armée de terre, M. Kelsch, et celui de mon savant ami le Dr Bonnet, médecin en chef de la marine, car ils ont étudié si complètement et si bien l'anatomie pathologique des flux de ventre aigus ou chroniques, que de longtemps il n'y aura rien de nouveau à ajouter à leurs descriptions.

Les individus qui succombent à la dysenterie diffèrent assez les uns des autres pour qu'il soit nécessaire d'établir des catégories dans l'étude de l'anatomie pathologique ; on ne saurait confondre, en effet, dans une même description, l'analyse des altérations présentées par ceux qui ont été emportés par la dysenterie aiguë et par ceux qui ont subi les atteintes de la dysenterie ou de la diarrhée chroniques. Aussi nous faudra-t-il à chaque instant faire la distinction entre les deux catégories ; mais il m'a semblé qu'il valait mieux, pour éviter des longueurs et des redites, faire une seule description dans laquelle je tiendrai au fur et à mesure compte des cas où la maladie a présenté, soit la forme aiguë, soit la forme chronique, que de décrire d'abord les altérations de la dysenterie aiguë, puis celles de la dysenterie chronique, enfin celles de la diarrhée chronique.

Enfin ajoutons que la très grande importance que je prête à la fonction biliaire sur la dysenterie fait que je me suis occupé très en détail des lésions anatomiques du foie.

HABITUDE EXTÉRIEURE

L'aspect des sujets qui ont succombé à la dysenterie varie suivant plusieurs circonstances; aussi pouvons-nous établir à ce sujet trois catégories :

A. Les individus qui ont succombé à une atteinte de dysenterie aiguë durant depuis peu de jours ;

B. Ceux qui sont morts de la diarrhée ou de la dysenterie chronique;

C. Ceux dont l'existence a été tranchée par l'hépatite, qui est, on le sait, une des plus fréquentes autant que des plus graves complications de la dysenterie.

Nous allons nous occuper successivement de ces diverses catégories; mais pour ne pas donner à mon étude un développement trop grand, on me permettra de ne pas consacrer une égale étendue à chacune des trois descriptions, et il est bien entendu d'avance que je laisse au lecteur le soin de rapporter à telle ou telle d'entre elles ce que le raisonnement lui permet de prendre à telle ou telle autre.

A. SUJETS MORTS DE DYSENTERIE AIGUE DURANT DEPUIS PEU

Les sujets qui ont succombé à une atteinte aiguë de dysenterie durant depuis peu de jours, n'ont pas eu le temps de maigrir beaucoup en général; aussi présentent-ils généralement les attributs de la musculature ordinaire. Leur abdomen n'offre rien de particulier; le plus souvent il est développé, ballonné ou empaté, au cas où la complication de péritonite s'est montrée dans les derniers temps; mais cependant, qu'il soit ou non développé anormalement, cet abdomen ne présente rien de pathognomonique, et à ce titre ne mérite pas de nous arrêter bien longtemps.

B. SUJETS MORTS DE DYSENTERIE OU DE DIARRHÉE CHRONIQUES

Ceux-ci présentent les attributs de l'émaciation souvent poussée à des limites excessives; c'est ainsi, par exemple, que j'ai vu un soldat d'infanterie de marine qui pesait 65 kilogrammes à son entrée au service ne peser que 34 kilog. au moment de sa mort.

S'il y a eu production d'hépatite ou de péritonite, l'abdomen est développé et contraste alors avec l'amaigrissement général; dans le cas, au contraire, où le péritoine est resté sain, cet abdomen est rétracté le plus souvent, et comme appliqué sur la colonne vertébrale; le sujet a l'air d'une véritable momie aux derniers temps de sa vie, et, sauf la couleur, il rappellerait les cadavres desséchés de l'antiquité.

Quelques rares fois, les sujets qui ont succombé à la dysenterie ou à la diarrhée chronique présentent de l'œdème des membres inférieurs; mais c'est l'exception, et la chose ne se présente en général que lorsqu'une altération cirrhotique du foie est venue compliquer la scène morbide déjà si fâcheuse.

C. SUJETS MORTS D'HÉPATITE CONSÉCUTIVE A LA DYSENTERIE

J'ai été très bref jusqu'ici, parce que je réservais pour cette catégorie certains détails qu'il était inutile de redire plusieurs fois ; aussi je rappelle au lecteur qu'il lui sera facile de les rapporter par la pensée aux sujets morts de dysenterie aiguë ou chronique sans complication hépatique.

Les individus qui ont succombé à l'hépatite consécutive à la dysenterie ne présentent pas un aspect extérieur uniforme et pathognomonique de l'affection qui les a emportés ; cet aspect extérieur est chez eux variable suivant nombre de conditions, et ne peut être présenté par une description générale ; il faut forcément établir des divisions et des subdi-

visions, sous peine d'être obligé de faire à chaque instant des restrictions qui obscurciraient singulièrement l'exposé.

Coloration de la peau. — La coloration de la peau est variable suivant les cas; ainsi, par exemple, chez les sujets qui ont succombé à une atteinte d'hépatite aiguë les ayant pris peu après l'invasion d'une dysenterie aiguë et s'étant terminée rapidement par la mort, on trouve une teinte ictérique plus ou moins marquée allant depuis celle de la jaunisse intense jusqu'à une simple suffusion jaune limitée à quelques points de la face et du tronc, comme les paupières, les ailes du nez, les lèvres, l'abdomen. Mais outre que cette teinte ictérique se rencontre dans nombre de maladies autres que l'hépatite, elle ne saurait être considérée comme spéciale au cas présent, car il n'est pas rare de voir des individus placés dans les conditions que nous venons de spécifier, c'est-à-dire jeunes, bien conservés au moment de l'atteinte mortelle, ne présenter aucun reflet jaune de la peau.

Lorsque les individus ont succombé à une atteinte chronique et qui les a frappés après un temps assez prolongé, depuis l'atteinte de dysenterie génératrice, la peau peut avoir la einte pâle, blanche ou terreuse, suivant le cas ; mais il n'y a encore là rien de spécial à l'affection qui nous occupe.

Dans nombre de cas et spécialement chez les sujets qui ont conservé un certain embonpoint, on trouve parfois des suggilations et des ecchymoses sous-cutanées qui marbrent de préférence le plan postérieur et plus exactement les parties déclives du corps. Nous ne pouvons donner encore une signification bien précise à ces épanchements sanguins hypostatiques, qui ne sont d'ailleurs pas spéciaux à la dysenterie ni à l'hépatite, et qui ne présentent chez elles aucune particularité qui ne se soit observée dans d'autres maladies.

Certains individus sont infiltrés, d'autres n'ont, au contraire,

aucun épanchement séreux, soit dans l'abdomen, soit aux membres inférieurs, et comme cette infiltration est le symptôme d'une altération du foie différente de celle qu'entraîne l'hépatite consécutive à la dysenterie, ce nest pas sur elle que nous chercherons des indices propres à faire reconnaître la maladie qui nous occupe actuellement.

Expression de la face. — L'expression de la face diffère suivant les catégories de sujets morts de dysenterie ou d'hépatite ; ainsi ceux qui ont succombé à la péritonite aiguë qui résulte de la perforation de l'intestin ou de l'épanchement d'un abcès dans l'abdomen présentent souvent la marque d'une vive souffrance, les traits crispés, les ailes du nez amincies, les lèvres tirées, en même temps que la contraction des doigts et des orteils en flexion.

Les individus qui ont succombé aux progrès lents de la maladie sans qu'une péritonite suraiguë soit venue clore brusquement la scène, n'ont que le faciès profondément amaigri ; quelquefois la face est chez eux grippée, hippocratique, comme chez les cholériques ou ceux qui ont succombé à la diarrhée chronique ou aux derniers degrés du marasme ; les paupières demi-ouvertes laissant paraître au fond des orbites une petite partie de la cornée et de la sclérotique, qui sont devenues très noires aux points découverts.

Un grand nombre d'individus ayant succombé à la dysenterie ou à l'hépatite consécutive aiguë ou chronique, ne présentent cependant pas une expression caractéristique de la face ; aussi est-il inutile d'insister plus longuement là-dessus.

Rigidité cadavérique. — La rigidité cadavérique est variable chez les individus qui ont succombé à la dysenterie avec ou sans l'hépatite. Très marquée chez les uns, elle est manifestement faible, nulle même chez d'autres. Cette

assertion nous porte tout d'abord à réfuter incidemment une opinion qui a été émise quelquefois, à savoir que dans les pays chauds la raideur cadavérique n'existe pas ou n'existe que très rarement chez les cadavres. La rigidité cadavérique existe dans ces contrées, absolument comme en Europe, j'en ai fait l'observation sur plus de cinq cents cadavres, et j'ai eu l'indication dans les autopsies qui sont consignées dans les registres d'amphithéâtre des hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée au Sénégal, de la Martinique, de l'Algérie, etc.

Embonpoint. — L'embonpoint est assez variable chez les individus qui ont succombé à l'hépatite consécutive à la dysenterie, et tandis que les uns, qui constituent à peu près la moitié du chiffre total, présentent une maigreur squelettique, tous les attributs du marasme et de l'émaciation, d'autres, en assez grand nombre, sont moins amaigris ; une certaine catégorie peu étendue a conservé l'embonpoint ordinaire, et quelques rares sujets ont même les attributs d'un embonpoint notable, d'une certaine obésité.

En étudiant sous le rapport de la conservation de l'embonpoint les observations sur lesquelles j'ai basé mon étude, j'ai trouvé les proportions suivantes :

Émaciation extrême, marasme	272	fois, soit	51	p. 0/0
Maigreur	120	—	29	—
Un peu d'amaigrissement seulement	44	—	8	—
État normal	32	—	6	—
Musculature vigoureuse	15	—	2	—
Embonpoint	25	—	3	—
	508			

Ces chiffres nous indiquent, comme nous le disions tantôt, que le 19 p. 0/0, c'est-à-dire le cinquième environ de

individus qui succombent à l'hépatite consécutive à la dysenterie, ne sont pas sensiblement amaigris ; néanmoins nous sommes amenés à penser que la grande majorité, le 50 p. 0/0 par exemple, succombe dans un marasme très avancé. Nous ajouterons que ceux qui sont émaciés au moment de la mort ont fourni généralement une suppuration de longue durée pendant l'existence, tandis que ceux qui présentent encore un embonpoint conservé ou notable sont ceux qui ont succombé avant que la suppuration se soit fait jour au dehors ; et remarquons que cette particularité tend à prouver encore combien les indications de l'aspect extérieur sont vagues et aléatoires; car, en effet, il ne peut y avoir doute sur la nature de la maladie, que lorsque la suppuration durant depuis un certain temps est venue fixer les idées sur le diagnostic, et c'est précisément dans les cas où le doute peut encore exister par le fait de l'obscurité des autres phénomènes que l'aspect extérieur peut être un indice trompeur, ne donner que des renseignements vagues.

La chronicité de la maladie n'est pas une raison qui réagisse sur l'embonpoint, puisqu'il est prouvé qu'un abcès du foie même très volumineux a pu exister chez un individu corpulent et qui paraissait jouir d'une santé florissante. Cependant il faut convenir que l'embonpoint dans les cas de ce genre n'est pas la règle commune, surtout si l'abcès du foie a suppuré au dehors. Ce n'est que dans les cas où l'abcès était resté confiné dans l'organe hépatique que l'on a vu les attributs de la santé être conservés jusqu'à un moment voisin de la mort.

Il y a sous ce rapport des choses bien extraordinaires, et je possède entre autres une observation qui montre que l'embonpoint peut être assez conservé dans des cas où cependant des désordres considérables existent dans la glande hépatique ;

elle est d'autant plus intéressante que le sujet qui en fait le sujet est le médecin en chef Salva, qui a laissé dans la colonie du Sénégal une grande réputation de savoir et d'expérience, en même temps que d'excellent caractère et de rapports agréables avec ses supérieurs, ses égaux et ses subordonnés. Salva se croyait indemne d'hépatite, ayant eu de fréquentes atteintes de diarrhée bilieuse, quand il mourut subitement, et on trouva à son autopsie un énorme abcès du foie. Il est très remarquable qu'il ait pu arriver jusqu'au point de porter plus d'un litre de pus dans le foie sans se douter qu'il fût atteint bien sérieusement, lui qui connaissait si bien l'hépatite, et certainement ce fait est de nature à montrer d'une manière péremptoire que les phénomènes de l'hépatite chronique consécutive à la dysenterie, ou seulement due à l'action climatérique des pays chauds, peuvent être assez insidieux et assez peu accusés pour induire en erreur les individus les plus attentionnés et les plus experts.

Nous venons de voir que sur 508 cas étudiés, 15 sont notés comme ayant présenté de l'obésité ; l'observation de M. Salva est la plus accentuée. Il est cependant à noter que les autres portent sur des individus qui se trouvaient dans une situation analogue : position sociale leur permettant de vivre d'une manière aisée, âge assez avancé relativement à celui de la moyenne des habitants européens de la colonie, intégrité de l'appareil digestif, habitation dans la portion la moins marécageuse de la contrée, attention soutenue pour se garantir des chances de débilité dans un climat où l'anémie est si fréquente et se montre si facilement.

L'état de maigreur peut être dû, quand l'abcès du foie ne s'était pas fait jour au dehors pendant la vie, à la persistance de la dysenterie, et dans ce cas encore l'indication fournie par l'aspect extérieur est bien aléatoire, car ce n'est pas à l'inflamma-

tion du foie, mais bien à l'altération intestinale que doit être rapportée la maigreur dans le cas qui nous occupe, et par conséquent, on le voit, cet aspect extérieur ne peut nous fournir des renseignements bien précis.

Voussure thoracique. — La voussure thoraco-abdominale du côté droit est extrêmement fréquente chez les individus qui ont succombé à l'hépatite, soit consécutive à la dysenterie, soit climatérique. On ne peut pas dire qu'elle soit pathognomonique, puisque quelquefois elle a manqué, mais c'est la règle ordinaire assurément. Elle est due, on le sait, au développement du foie, parfois à la saillie d'un abcès ou à une pleurésie secondaire ; dans tous les cas elle est un assez constant indice de la maladie.

Ceux qui n'ont pas pratiqué dans les pays chauds penseront que, puisque la voussure thoracique est un phénomène très fréquent dans l'hépatite, le diagnostic de la maladie doit être assez facile d'une manière absolue et dans presque tous les cas. Je ne veux pas attendre plus longtemps pour les désabuser, et je dois leur dire que trop souvent cette voussure passe inaperçue pendant la vie, soit parce qu'elle n'est pas très accusée, soit parce que le décubitus du malade ne la fait pas ressortir ; de sorte qu'il ne faudrait pas accuser d'impéritie le médecin qui ne l'aurait pas reconnue pendant la vie. Qu'on y songe un moment, l'examen de l'aspect extérieur du corps se fait mieux sur la table de l'amphithéâtre que dans le lit du malade, de sorte que dans certains cas où le phénomène voussure n'a pas été saisi pendant la vie, il peut être plus apparent après la mort, pour cette raison, et j'ai eu maintes fois l'occasion de vérifier pratiquement cette particularité.

État de l'abdomen. — L'état de l'abdomen est très variable, puisqu'il peut aller depuis le ballonnement jusqu'à la rétrac-

tion ; aussi ne devons-nous pas insister davantage là-dessus, et il aura suffi de signaler la possibilité d'aspects très divers suivant les nombreux cas qui peuvent se présenter.

CONCLUSIONS

En résumé, nous ne trouvons rien de caractéristique dans l'aspect extérieur des sujets qui ont succombé à la dysenterie avec ou sans l'hépatite consécutive, la diversité des cas entraînant des modifications trop profondes dans l'organisme des intéressés pour qu'ils puissent se plier à une description générale. Il ne faut pas oublier que l'hépatite dépendant le plus souvent de la dysenterie, il s'ensuit que l'aspect extérieur des individus qui ont succombé doit varier suivant que les derniers accidents ont été dus à l'intestin ou au foie, ce qui réagit naturellement sur l'aspect que les sujets peuvent présenter, toutes choses égales d'ailleurs.

ORGANES THORACIQUES

Pour ce qui est des lésions que peuvent présenter les organes thoraciques, il faut encore partager les dysentériques en trois catégories : *A*. Ceux qui ont succombé à la dysenterie aiguë sans avoir éprouvé une complication hépatique ; *B*. Ceux qui sont morts de dysenterie ou de diarrhée chronique sans que le foie ait présenté d'altération pyoïque; *C*. Ceux enfin qui ont eu cette complication pyoïque du foie, soit dans la dysenterie aiguë, soit dans la dysenterie chronique.

Je dirai d'un mot que les sujets de la première catégorie ne présentent rien de pathognomonique du côté des organes thoraciques dans l'état actuel de nos connaissances. Ceux de la seconde sont parfois dans le même cas ; d'autres fois, au contraire, ils peuvent présenter les lésions d'une phthisie

pulmonaire dépendante de l'état de misère physiologique dans lequel s'est trouvé l'organisme par le fait de la persistance du flux de ventre. Enfin la troisième catégorie est la plus intéressante et va nous occuper plus longuement.

État des organes thoraciques chez les individus qui ont succombé à l'hépatite consécutive à la dysenterie

Le thorax présente très fréquemment des altérations chez les individus qui ont succombé à l'hépatite consécutive à la dysenterie, et nous devons passer en revue ses divers éléments d'une manière séparée pour faire un exposé complet des lésions que l'on peut y rencontrer. Nous avons vu déjà, en parlant de l'habitude extérieure, qu'il est souvent le siège d'une déformation plus ou moins apparente, résultat de la voussure imprimée par le foie ou les épanchements liquides de l'abdomen ou des plèvres.

Avons-nous besoin de spécifier que ce que nous allons dire des lésions trouvées dans le thorax des individus qui ont succombé à l'hépatite ne sert à rien pour le diagnostic de la maladie ? Et en effet, arrivé à ce moment, le médecin n'a qu'à pousser l'incision de son autopsie jusqu'au-dessous du diaphragme pour être mieux renseigné que par n'importe quel autre phénomène; mais néanmoins il est utile, je crois, d'étudier avec soin ces altérations du thorax dans l'hépatite, car il faut toujours avoir présent à la mémoire ce fait, que des praticiens consommés, des hommes ayant une grande habitude des maladies des pays chauds, ont pris maintes fois, et cela jusqu'au dernier moment, une hépatite pour une pleurésie.

CAGE COSTALE

Que la maladie ait abouti à la suppuration ou bien qu'elle n'ait encore atteint, au moment de la mort, qu'une des périodes qui précèdent la fonte pyémique, il arrive très souvent que la cage costale éprouve des altérations dues au contact ou seulement au voisinage du foie malade. Ainsi il est permis de penser déjà par l'inspection des faits, que le déplacement des fausses côtes inférieures occasionné soit par le développement exagéré du foie, soit par une collection séreuse ou purulente de la plèvre droite, se trouve établi désormais à l'état de permanence par le fait de la soudure des articulations costo-vertébrales maintenues pendant un temps suffisamment prolongé dans l'état d'immobilité complète.

Mais c'est surtout une action de contact qui vient les altérer le plus souvent, et néanmoins très rarement encore d'une manière absolue, lorsque, par exemple, un abcès se met dans le cours de sa migration vers l'extérieur en rapport avec les arcs osseux voisins et les nécrose. Rouis (Obs. 18, p. 335 et suiv.) a rapporté une observation dans laquelle deux côtes avaient subi cette altération ; je connais un fait analogue, et dans lequel la lésion a été plus profonde encore.

Il s'agit d'un nègre mort de dysenterie chronique à Saint-Louis (Sénégal) le 14 juin 1859. Voici un extrait de son autopsie : « Le foie, beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, s'étend jusqu'à l'hypochondre gauche et adhère au diaphragme. Sa coloration n'a pas changé à la partie concave vers le lobe de Spigel et au tiers gauche du grand lobe ; mais les deux autres tiers de ce lobe droit ont été détruits par un vaste abcès. Le foyer purulent fait

corps avec la paroi abdominale en même temps qu'avec le foie ; il est limité en haut et en dehors par les muscles intercostaux disséqués en partie. Dans le foyer pyémique, on trouve la dernière vraie côte et les fausses côtes non seulement dénudées, mais encore cariées par le contact du pus. »

J'ai trouvé une seconde observation analogue dans le cahier d'autopsies de Saint-Louis du Sénégal ; il s'agit d'un Européen âgé de 39 ans, habitant le Sénégal depuis 10 ans, entrant à l'hôpital le 18 décembre 1867, pour mourir le 18 février, et dans l'autopsie duquel on trouva le foie farci d'abcès. Un d'eux, contenant deux litres de pus blanchâtre et homogène, s'étendait jusqu'à la fosse iliaque contenant dans sa cavité deux fausses côtes *détachées de leur cartilage, nécrosées et faisant saillie* dans le liquide.

Si la position de l'abcès le met dans le voisinage du sternum, par exemple, on voit les mêmes phénomènes se passer du côté de cet os. J'ai trouvé dans mes observations du Sénégal un fait de ce genre, où il est dit que le lobe gauche abcédé du foie était tellement adhérent au sternum qu'il ne put en être détaché, et que l'os avait subi un commencement d'érosion.

On s'est demandé si un abcès du foie qui produit une voussure, par conséquent l'écartement des fausses côtes correspondantes et qui peut imprimer à cette déviation un caractère permanent, ne pourrait pas, en supposant ce vaste abcès guéri, entraîner une diminution du volume du foie et provoquer un aplatissement de la cage, comme la chose s'observe dans certains cas de guérison de l'empyème. Mais ces questions sont assez peu importantes pour pouvoir être laissées de côté ; nous avons dit déjà qu'en effet la voussure peut amener un déplacement permanent ou temporaire, mais dans tous les cas fort peu important pour nous. D'autre part, ajoutons que la guérison d'un vaste abcès du foie n'entraîne pas un

bien grand vide dans la région où était l'abcès ; la disposition molle de l'organe, l'élasticité des parties molles, les gaz physiologiques du tube digestif sont de nature à équilibrer les manques de pression dans un sens ou dans l'autre.

PLÈVRE

La plèvre est assez fréquemment altérée dans l'hépatite consécutive ou non à la dysenterie ; le voisinage de l'organe malade l'explique d'autant mieux que la cloison musculeuse interposée, le diaphragme, n'est pas toujours un obstacle à la propagation de l'irritation, et même des désordres plus ou moins graves qui vont du foie vers la poitrine.

Un des premiers phénomènes que présente le foie atteint d'hépatite à la suite d'une dysenterie étant une augmentation sensible de volume, cette augmentation a presque aussitôt pour effet de refouler le diaphragme en haut et de diminuer assez notablement la capacité de la cavité thoracique droite, de sorte que cette portion de la poitrine se trouve spécialement prédisposée ainsi à subir facilement le retentissement produit par la lésion du foie.

Dans quelques cas, on a vu ce refoulement du diaphragme en haut être porté si loin que la moitié, le tiers à peine de la place normalement réservée à la cavité pleurale était conservé, ce qui avait diminué très notablement le champ de la respiration chez l'individu pendant la vie, et cela d'une manière mécanique, sans préjudice des autres causes inflammatoires ou irritatives de diminution.

A un degré plus avancé, l'hépatite est caractérisée généralement par une certaine irritation qui, nous le savons, a le plus souvent son siège à la partie supérieure du foie, de sorte que très fréquemment le diaphragme se trouve interposé entre la plèvre droite et une portion d'organe malade ; or il est

l'observation que l'irritation se propage très facilement par action de contiguïté, de sorte que bien avant que l'écrant musculeux soit profondément atteint par la maladie, la plèvre correspondante a déjà subi de notables altérations.

En étudiant la symptomatologie de la complication hépatique de la dysenterie, nous avons insisté assez longuement sur se phénomènes thoraciques qui l'accompagnent souvent, et même très souvent l'ont masquée aux yeux des praticiens. Nous pouvons dire ici que dans le cas ou par le fait d'un accident étranger à l'hépatite, sous l'influence par exemple d'une de ces maladies qui tuent si souvent et si vite les Européens au Sénégal ou aux Antilles, la mort est survenue à un degré peu avancé de l'inflammation du foie, on a déjà trouvé des traces évidentes d'irritation, de vascularisation pleurale, et même parfois d'un épanchement plus ou moins abondant de sérosité dû uniquement au retentissement de voisinage.

Dans les observations qui ont servi de base à mon étude, j'ai trouvé entre autres faits se rapportant à cette altération une observation dans laquelle la mort est survenue avant que le oie ait eu le temps de passer de l'hyperhémie à la suppuration, et dans laquelle la plèvre correspondante avait cependant déjà éprouvé une irritation et même une inflammation de voisinage très appréciable.

On pourrait se demander si dans le fait que nous venons de citer il n'y a pas eu une simple coïncidence, et si le sujet ne présentait pas une pleurésie concomitante à l'affection du foie, mais tout à fait indépendante d'elle ; or il sera facile de démontrer le contraire. En effet, nous pourrions trouver facilement un très grand nombre d'observations dans lesquelles cette pleurésie a été constatée en même temps que la maladie concomitante du foie. Sur 745 faits de dysenterie que

j'ai étudiés pour savoir dans quelle proportion la complication hépatique se montrait, j'ai trouvé 276 cas où le foie était malade sans être encore atteint d'abcès ; et sur ce nombre 116 présentaient du côté du thorax des signes manifestes d'irritation à divers degrés.

On comprend qu'il serait bien plus difficile à l'esprit d'admettre pour ces cas la simple coïncidence plutôt que la relation de cause à effet; d'ailleurs, voici une raison péremptoire à mon avis, et dont on appréciera la valeur : dans les cas où c'est le lobe gauche du foie qui a été atteint, le lobe droit restant sain, on a vu les phénomènes d'irritation pleurale se manifester à gauche, le côté droit du thorax restant parfaitement sain.

Dans quelques cas il se manifeste non seulement la pleurésie secondaire que Morhead avait déjà parfaitement signalée, mais encore des abcès de voisinage sur le compte desquels nous aurons à nous arrêter un instant tantôt. Dans les autopsies qui ont servi de base à mon étude, j'ai noté plusieurs cas où un abcès était situé sous le feuillet pariétal du péritoine abdominal sans communication avec le foie ou avec l'intestin. Eh bien! il peut se faire que ces collections purulentes développées à côté du foie et de l'intestin malades et à l'état de cavités closes sous l'influence de l'irritation du voisinage, se produisent du côté supérieur du diaphragme quand la face inférieure est irritée, et constituent ainsi une véritable pleurésie purulente enkystée. Signalons ce fait dont nous étudierons en détail le mécanisme quand nous nous occuperons de ces abcès circonvoisins.

Reprenons l'exposition sommaire des phénomènes que présente l'hépatite dans son évolution, pour étudier d'une manière complète les altérations dont la poitrine peut être le siège dans les cas de ce genre. Lorsque l'hépatite est arrivée à la période de suppuration, les lésions de la poitrine n'ont fait

qu'augmenter notablement, le plus souvent, et le pus des abcès du foie se frayant parfois un passage au travers du diaphragme, il est naturel que l'on trouve dans ce cas des lésions plus étendues et plus graves que celles d'un simple retentissement.

Dans ces cas, deux faits peuvent se présenter : 1° ou bien le poumon a participé à l'irritation de voisinage, ce qui lui a fait contracter des adhérences avec la portion du diaphragme correspondant, ou bien 2° le poumon est resté sain et indépendant. Nous nous occuperons du premier cas quand nous étudierons tantôt les lésions dont le poumon peut être le siège. Nous n'avons pour le moment qu'à envisager la condition dans laquelle le poumon est resté sain et indépendant en présence de la marche de l'hépatite arrivée à la période de suppuration.

Eh bien ! la plèvre s'est irritée comme nous l'avons vu tantôt ; elle est devenue le siège d'une vascularisation et souvent d'un épanchement plus ou moins considérable et plus ou moins séreux ou puriforme. Bientôt la scène se complique très gravement, le diaphragme aminci se déchire, et cédant à l'action destructive exercée contre la face inférieure par le pus de l'abcès du foie, arrive à faire irruption dans la poitrine.

Lorsque le pus fait irruption dans la plèvre, il en résulte aussitôt, si elle n'existait pas déjà, une pleurésie purulente qui a naturellement les caractères que lui imprime le pus, à savoir : qui contient un liquide verdâtre, rougeâtre, marron, bien lié ou grumeleux, suivant le cas. Ce pus est toujours un peu plus fluide dans la cavité pleurale qu'il ne l'était dans le foie, parce qu'il a rencontré en arrivant une certaine quantité de sérosité qui l'a dilué.

La cavité pleurale, déjà irritée, subit au moment de l'invasion du pus un surcroît d'inflammation qui se traduit par le dépolissement de la surface séreuse, la vascularisation, la production d'une membrane pyogénique même si la vie se pro-

longe suffisamment. Quant au poumon, il subit le retrait que l'on constate ordinairement dans le cas où une pleurésie se manifeste dans une cavité pleurale dépourvue d'adhérences anormales, il arrive à un rapetissement plus ou moins grand qui peut aller jusqu'à la disparition presque entière de l'organe. Le poumon est tantôt réduit à l'état d'une mince lame appliquée contre la gouttière costale, tantôt c'est un petit champignon, gros à peine comme le poing d'un enfant, qui est refoulé tout à fait au sommet du cône pleural.

La surface du poumon se recouvre comme le restant de la cavité pleurale d'une membrane pyogénique, et il se produit après peu de temps des adhérences et des brides telles que le refoulement et le rapetissement, qui n'étaient primitivement que provisoires, deviennent permanents, de sorte que même malgré l'évacuation de tout le liquide le poumon ne reviendrait plus à occuper sa place normale. Mais ceci ne nous regarde pas d'une manière directe dans le moment présent, car il n'y a là que les phénomènes ordinaires de toute pleurésie purulente, de sorte que nous pouvons ne pas insister.

Dans la grande majorité des cas c'est dans la plèvre droite que s'ouvrent les abcès du foie prenant le chemin de la poitrine, mais il n'est pas sans exemple que l'ouverture de l'abcès se soit faite dans la plèvre gauche. Il n'y a d'ailleurs rien de particulier dans ce cas, et les phénomènes dont nous avons parlé en étudiant le cas d'ouverture dans la plèvre droite peuvent très bien se rattacher au cas exceptionnel d'ouverture dans la plèvre gauche.

Dans le cas où le poumon a participé à l'irritation de voisinage qui a amené une adhérence entre lui et le diaphragme l'irritation de la plèvre correspondante est assez limitée en général, et ne présente rien de bien spécial. Sa surface intérieure s'est dépolie, ses deux feuillets ont contracté une adhé-

rence plus ou moins solide, plus ou moins étendue. Un peu d'épanchement séreux s'est fait dans les culs-de-sac voisins, et à part de très rares circonstances, cet épanchement ne présente pas une extrême abondance.

POUMON

Il tombe sous le sens que le poumon, qui a des rapports si intimes avec la plèvre et une contiguïté si rapprochée avec le diaphragme, peut comme le plèvre être atteint par les maladies du foie ; il peut, en effet, présenter dans l'hépatite tous les degrés et toutes les phases de l'inflammation, depuis la simple irritation hyperhémique jusqu'à l'hépatisation grise.

Dans quelques cas malheureusement trop nombreux encore, quoique assez rares relativement et dont nous avons étudié tantôt le mécanisme, le poumon n'éprouve tout d'abord aucune irritation et ne contracte pas d'adhérence avec la paroi costale et le diaphragme, de telle sorte qu'il est surpris, on peut dire, par l'irruption du pus dans la plèvre quand l'écran musculeux qui sépare l'abdomen du diaphragme cédera. Nous avons assez parlé de cette pleurésie purulente pour n'avoir qu'un mot à ajouter. Dans les premiers temps, le poumon n'est atteint que mécaniquement dans son volume, mais bientôt des adhérences indestructibles rendent cette diminution de volume permanente, et il aurait définitivement perdu sa fonction, même dans le cas exceptionnel où son parenchyme serait resté sain.

La première modification que subit le poumon, c'est de s'associer par sa face inférieure à l'irritation des parties pleurales et diaphragmatiques voisines, condition qui favorise une adhérence de cette face inférieure avec le diaphragme, et qui pourra jouer un rôle de protection extrêmement heureux dans le cas d'ouverture de l'abcès du foie dans la poitrine. La portion de poumon voisine du diaphragme subit donc un engouement,

puis on la voit s'hépatiser et devenir le siège d'une véritable peumonie circonscrite que nous n'avons pas à décrire d'une manière bien spéciale, puisqu'elle ne présente en somme que les caractères ordinaires de l'inflammation parenchymateuse du poumon. Cependant nous devons ajouter que la prolongation de l'irritation qui a entraîné la pneumonie du lobe inférieur peut arriver à produire de véritables abcès dans le poumon, abcès qui se vident par les bronches et préparent pour ainsi dire la voie à l'expulsion du pus hépatique, qui sera d'autant plus facile quand il sera arrivé jusqu'à ces cavernes, qu'à partir de là il trouvera des canaux tout à fait préparés au transport du pus jusqu'au dehors.

Lorsque l'abcès du foie s'est ouvert depuis un certain temps dans le poumon les cavernes plus ou moins profondes que nous venons de décrire, ou même les conduits anormaux que le pus s'est creusés dans le parenchyme pulmonaire hépatisé se recouvrent d'une membrane pyogénique, qui fait suite à celle de l'abcès hépatique; mais il nous aura suffi de signaler le fait sans avoir à l'étudier plus longuement, car il constitue un détail dans la situation où nous sommes placés actuellement, et à ce titre peut être négligé impunément.

J'ai vu une observation dans laquelle un abcès du foie qui n'avait aucune communication avec la poitrine avait cependant provoqué une irritation de voisinage qui était allée provoquer la formation d'un abcès du poumon sans érosion du diaphragme.

Lorsque le foie est atteint d'abcès, sa face supérieure tend à se vider assez fréquemment par le poumon, et le pus peut arriver ainsi au dehors par cette voie. Deux mécanismes peuvent se présenter dans ce cas; en effet, dans une certaine série de circonstances on voit le pus arriver au contact du tissu vésiculaire proprement dit et filtrer, pour ainsi dire, à travers le poumon par des canaux capillaires; tandis que dans une autre série il

gagne très vite une grosse bronche et arrive ainsi au dehors par la voie la plus courte. La symptomatologie doit être différente pendant la vie suivant les cas ; en effet, dans celui où la bronche est errodée il y a un vomissement abondant de pus qui met assez facilement sur le diagnostic, tandis que dans l'autre on peut souvent croire à une pneumonie purulente ou à un abcès du poumon, et ce diagnostic est le plus souvent notablement plus obscur.

PÉRICARDE

Le péricarde présente assez fréquemment des altérations dans le cas d'hépatite ; son voisinage de l'organe malade l'explique facilement. Ces altérations se partagent en deux groupes bien distincts : *A*. Les unes sont simplement concomitantes ; *B*. Les autres sont absolument dépendantes de l'inflammation du foie. Dans la première catégorie nous rangerons les épanchements péricardiques passifs que l'on rencontre fréquemment chez les sujets qui ont succombé à une dysenterie chronique avec ou sans hépatite, avec ou sans collection séreuse dans la poitrine ou l'abdomen ; dans l'autre nous ferons entrer ces faits de péricardite aiguë très analogue à la pleurésie de voisinage, puisqu'elle a la même origine, et les cas d'ouverture de l'abcès du foie dans la séreuse péricardique semblable en tout à l'empyème dont nous avons donné des exemples précédemment.

Dans quelle proportion se présentent ces lésions du péricarde ? Il faut admettre, je crois, que les trois quarts des malades atteints par l'hépatite consécutive ou non à la dysenterie ne présentent rien du côté de la séreuse qui nous occupe, mais que les trois quarts de ceux qui doivent succomber à la dysenterie compliquée d'abcès du foie présentent une des altérations que nous venons de signaler.

Épanchement péricardique passif

Dans beaucoup d'autopsies de dysenterie ayant entraîné la mort après un temps prolongé de maladie et alors que le sujet est arrivé à un état d'émaciation avancée, on trouve un épanchement dans le péricarde. Cet épanchement est formé d'un liquide citrin dans l'immense majorité des cas, et ne présente absolument rien de dissemblable à ces épanchements ascitiques que l'on rencontre dans les mêmes circonstances. Il est inutile, je crois, de fournir une observation à l'appui de ce que nous venons de dire, elle n'apporterait aucun élément bien important dans la question et augmenterait inutilement la longueur de notre étude.

Quelques très rares fois cet épanchement est un peu louche, comme très légèrement sanguinolent, et la séreuse paraît épaissie; c'est que dans ce cas le sujet a présenté d'abord des phénomènes d'irritation de la séreuse péricardique, irritation qui de l'état sub-aigu où elle était d'abord est devenue ensuite chronique, parce que la faiblesse du sujet ne permettait plus, pour ainsi dire, à l'irritation active de se manifester.

Épanchement actif dans le péricarde sous l'influence de l'hépatite

Dans les cas où le lobe gauche du foie est le siège du travail pathologique qui constitue l'hépatite, on voit la séreuse du péricarde présenter une irritation manifeste avec hyperhémie et épanchement. Cet épanchement peut être lui-même limpide et citrin, ou bien louche, sanguinolent, pseudo-membraneux, purulent même ; en un mot, passer par tous les degrés que l'inflammation de la séreuse entraîne.

Le mécanisme de cette irritation du péricarde n'est pas difficile à déterminer; il s'agit ici du même phénomène que

celui qui produit les altérations de la plèvre que nous avons étudiées précédemment ; c'est une pure action de voisinage.

Ouverture de l'abcès du foie dans le péricarde

A priori, on comprend qu'il n'est pas impossible que des abcès du foie aient pu s'ouvrir dans le péricarde, car cette séreuse est appliquée directement contre le diaphragme dans une certaine étendue, et il n'y a pas de raison pour qu'elle résistât mieux que les autres tissus à l'action envahissante du pus en migration. Seulement, il y a ici une question de surface qui devait rendre l'accident assez rare. En effet, les abcès du lobe gauche du foie sont sensiblement moins nombreux que ceux du lobe droit, et, par ailleurs, la péricarde ne représente qu'un vingtième peut-être de la surface que les plèvres présentent à un abcès du foie se dirigeant vers la poitrine.

Rokitanski et Graves de Dublin ont rapporté chacun un cas d'ouverture d'un abcès du foie dans le péricarde. Morhead en cite deux autres dont il a eu connaissance, mais qu'il n'a pas observés ; de sorte que, sans être révoqués en doute, les faits de ce genre présentent encore une rareté qui leur donne un intérêt particulier. J'en ai rencontré pour ma part quatre dans les observations qui servent de base à mon travail, et je dois ajouter que j'en connais deux autres : un dans lequel, quoique le péricarde ne fût pas encore totalement perforé, il était cependant tellement aminci déjà, qu'il se déchira sous l'influence d'une minime traction, l'autre qui est très analogue aux observations précitées.

Nous n'avons pas grand'chose à dire touchant l'éventualité de l'ouverture d'un abcès du foie dans le péricarde, il en résulte aussitôt une péricardite purulente ; mais surtout la mort arrive par le fait d'autres accidents assez rapides pour ne pas

donner à la séreuse péricardique le temps de subir de bien notables altérations.

CŒUR

Le cœur est souvent atteint dans certaines proportions, chez les individus atteints de dysenterie. Malheureusement, ces lésions sont mal connues, leur signification ayant échappé jusqu'ici à peu près complètement à ceux qui ont pu les observer sur les lieux où la maladie se développe de préférence.

Dans une bonne moitié des autopsies, on trouve l'indication d'un rapetissement du cœur, de sa pâleur, de sa contraction, de son ramollissement, de sa friabilité ; mais dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut pas en dire davantage.

De nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point, et il y a là une riche moisson de faits qui doit tenter les travailleurs appelés à observer les maladies dans les régions tropicales et particulièrement en Afrique.

Les travaux de Hirts, de Nancy et de M. Vallin, médecin très distingué de l'armée, sur les lésions du cœur dans quelques affections et notamment dans l'insolation ou les accès pernicieux, sont de nature à faire étudier avec soin les lésions du cœur dans la dysenterie aiguë ou chronique. Je n'ai malheureusement eu connaissance de ces travaux que lorsqu'il ne m'était plus possible d'examiner les pièces anatomiques fraîches à ce point de vue. Mais je suis porté, autant que mes souvenirs peuvent me servir, à penser que dans la dysenterie comme dans l'insolation et l'abcès pernicieux, ces lésions du cœur sont en rapport avec l'intensité de la température du malade dans le cours de l'évolution de la maladie.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LES LÉSIONS PRÉSENTÉES PAR LE THORAX

Après avoir énuméré les lésions que l'on trouve dans les organes thoraciques des individus qui ont succombé à la dysenterie, nous devons prendre la question à un point de vue plus élevé et jeter sur elle un coup d'œil d'ensemble qui nous permettra de la synthétiser. Mais comme on le pressent c'est uniquement des cas où la complication hépatique s'est manifestée dans le cours de la dysenterie que nous allons parler.

L'ouverture des abcès du foie dans la poitrine est loin d'être rare. Morhead dit que sur 140 cas d'abcès du foie qu'il a observés, 14 se sont ouverts dans le poumon, c'est-à-dire le 10 p. 0/0. Rouis a donné dans son livre les chiffres de 64 cas d'ouverture dans le poumon, pour 201 cas d'hépatite observés. Sur ces 201 cas, la mort est survenue 162 fois, et sur les 162 fois il y avait eu 32 faits d'ouverture dans la poitrine, tandis que sur les 39 cas de guérison, il y avait eu aussi 32 faits de cette ouverture de l'abcès du foie dans le poumon.

Les chiffres de Rouis sont un peu différents de ceux de Morhead, puisqu'en prenant en bloc tous les faits d'hépatite observés, c'est-à-dire 201, nous avons 30 ouvertures dans le poumon, soit 15 p. 0/0. D'autre part, nous voyons (p. 152) que sur 39 cas de guérison, il y a eu 15 cas d'évacuation par la poitrine, soit 4 38 p. 0/0, proportions que Morhead ne donne pas.

Je ne suivrai ni Morhead ni Rouis dans ces évaluations, parce qu'il me semble extrêmement difficile d'établir avec quelque approximation un calcul touchant les abcès du foie qui ont guéri. En effet, s'il n'est pas impossible de citer un plus ou moins grand nombre de faits où le pus s'est fait jour au dehors, on n'arrive à aucune précision touchant les cas où la guérison s'est faite sans qu'on ait su où avait passé le pus de l'abcès, et même s'il y a eu abcès, de sorte qu'il est plus prudent, il me semble, de ne pas préciser les choses, à ce sujet.

Si, pour les cas de guérison, il y a, comme je viens de le dire, de trop grandes indécisions, pour les autopsies qui ont servi de base à mes recherches actuelles, il n'y a pas d'hésitation à avoir ; on peut savoir à une unité près la fréquence proportionnelle de l'ouverture dans les bronches et dans les autres régions.

Sur 183 autopsies de dysenterie suivie d'abcès du foie que j'ai consultées à ce point de vue, j'ai trouvé les chiffres suivants :

Abcès du foie ouverts dans le thorax . .	37, soit	19 p. 0/0
— l'abdomen . .	14 —	8 —
— l'intestin. . .	5 —	3 —
— le thorax et l'abdomen.	4 —	2 —
— id. et l'intestin. .	3 —	2 —
Marchant vers l'ouverture dans le thorax .	30 —	16 —
— l'abdomen	12 —	7 —
— l'intestin.	11 —	6 —
— les parois abdominales.	10 —	5 —
Menaçant également tout.	7 —	4 —
Ayant été suivis de mort avant de prendre une direction bien déterminée	50 —	27 —
	183	

Si nous réunissons tous les cas dans lesquels nous voyons le thorax menacé, nous arrivons au chiffre de 37 ou de 41 p. 0/0, ce qui est une forte proportion, on le voit ; de sorte que nous pouvons en inférer que les phénomènes thoraciques seront assez fréquents dans le cours de l'hépatite survenant au cours de la dysenterie, pendant la vie du malade, et il faudra pour le diagnostic être prévenu de cette frequence dans le cas où à côté de phénomènes insidieux le sujet présenterait seulement des signes d'irritation pectorale dans les pays où, comme au Sénégal, l'inflammation du foie est fréquente.

ABDOMEN

Les altérations anatomiques de la dysenterie siègent surtout dans l'abdomen, on le comprend facilement ; aussi est-ce dans cette cavité splanchnique que nous allons rencontrer les désordres les plus intéressants. Ce que nous avons dit jusqu'ici peut même n'être que comme le préambule de la question qui nous occupe.

PÉRITOINE

Le péritoine présente assez fréquemment des altérations plus ou moins profondes et plus ou moins étendues dans les flux de ventre. Ces lésions, nulles dans la diarrhée aiguë et dans la dysenterie confirmée légère, commencent à s'accentuer par action de voisinage dès que l'inflammation de l'intestin dépasse une certaine limite et lorsque les ulcérations de la dernière portion du tube digestif rivent à être assez voisines de la séreuse.

L'intestin atteint de dysenterie ou chronique peut se perforer par les progrès d'une ulcération, par une pression sur son tissu devenu plus friable, ou par sphacèle d'une partie plus ou moins grande de son étendue, et dans ce cas il y a toujours un retentissement violent sur le péritoine, qui s'enflamme aussitôt.

Dans quelques cas heureux cette péritonite peut rester limitée ; mais dans l'immense majorité des cas elle se généralise et entraîne fatalement la mort.

Le lecteur me permettra de ne pas parler très en détail des diverses particularités que présente la péritonite, car ce serait une digression injustifiée ; en effet, cette péritonite n'est qu'un phénomène secondaire dans la dysenterie et peut être engendrée

par nombre d'autres maladies. Aussi ne m'arrêterai-je un court instant que sur les points saillants de son étude.

La péritonite que l'on rencontre dans les autopsies de dysenterie diffère d'aspect suivant divers facteurs. Ainsi, par exemple, elle est limitée et plus ou moins intense dans une portion déterminée de l'abdomen ; elle est généralisée, dans ce dernier cas elle est vive, mais seulement occasionnée par une inflammation de voisinage, ou bien elle dépend d'un épanchement des matières de l'intestin. On voit bien que, suivant le cas, l'aspect du ventre doit être différent.

Dans le cas où on a affaire à une péritonite de voisinage seulement, on voit la séreuse présenter des arborisations d'un rouge très intense, être dépolie, et les anses intestinales être agglutinées ensemble par de petits tractus blancs qui ne sont que de la suppuration. On voit d'ailleurs çà et là cette suppuration concrète se présenter un peu avec l'aspect de lait tourné ou de membrane diphtéritique. Avec cela un épanchement plus ou moins abondant de sérosité limpide louche ou franchement purulente se rencontre dans les parties déclives.

Lorsqu'on a affaire à une perforation on trouve parfois des matières fécales épanchées dans l'abdomen ; d'autres fois ce sont des lambeaux sphacéliques, un liquide noirâtre marron et très généralement exhalant une odeur extrêmement fétide.

Citons pour mémoire que dans nombre de cas la péritonite se produit par un phénomène assez complexe et d'une manière détournée, si je puis m'exprimer ainsi. La dysenterie a engendré un abcès du foie qui à son tour, en s'ouvrant dans le péritoine, a provoqué cette péritonite. Dans ce cas, on comprend bien que la dysenterie soit l'initium de tout. L'accident est directement produit par un autre organe que l'intestin. Mais il m'aura suffi d'indiquer la chose sans avoir besoin d'insister plus longuement.

Dans quelques cas où il n'y a pas eu de perforation, la péritonite, quoique généralisée, a été assez modérée pour ne pas entraîner rapidement la mort, ou bien cette mort est survenue par le fait de la prépondérance d'un autre phénomène morbide. On a pu voir alors le péritoine présenter une teinte ardoisée plus ou moins terne, plus ou moins livide. On sent qu'il était profondément malade, bien qu'il n'ait pas emporté le sujet à lui seul.

Quoi qu'il en soit, les lésions du péritoine étant assez secondaires dans la dysenterie, on me permettra de ne pas insister plus longuement sur leur compte ; j'ai hâte d'arriver aux lésions principales de la maladie, et je ne puis chemin faisant qu'indiquer sommairement les principaux caractères que présentent les organes que nous pouvons appeler secondaires, au point de vue où nous sommes placés actuellement.

MÉSENTÈRE

On comprend à priori que dans une maladie aussi accentuée de l'intestin, le mésentère, qui sert à le fixer au restant du corps et qui porte les divers vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'organe, soit le siège de lésions plus ou moins étendues et profondes.

On n'a pas signalé encore d'altération du mésentère ; pour la diarrhée aiguë, l'orage est trop léger et trop passager pour qu'il retentisse jusque-là ; mais pour peu que la dysenterie confirmée existe à un certain degré ou pendant quelque temps, on pourrait trouver par une investigation minutieuse que les divers éléments du mésentère ne sont plus dans leur état normal.

Nous ne parlerons pas du cas où existe une péritonite, cas auquel la surface du mésentère paraît enflammée comme celle du restant du péritoine ; mais dans les atteintes de

dysenterie quelque peu intense, on sent déjà à l'autopsie par le toucher direct que les ganglions mésentériques sont volumineux et malades. L'état morbide de ces ganglions mésentériques se comprend si bien que nous n'avons pas à insister longtemps sur la raison qui les fait être ainsi altérés.

Ces ganglions mésentériques présentent tous les degrés de l'inflammation ; les uns sont un peu accrus et indurés seulement, d'autres sont rouges, quelques-uns même sont suppurés dans la dysenterie aiguë ou chronique. Il nous suffit d'avoir indiqué la chose, on le comprend.

Dans la diarrhée chronique, tantôt le mésentère ne présente pas d'altération appréciable, et les ganglions paraissent sains ou à peu près, tantôt on sent que ces ganglions sont plus ou moins engorgés ; mais là encore, il n'y a rien qui puisse surprendre et mérite de nous arrêter longuement.

Enfin n'oublions pas de signaler que dans quelques cas extrêmement rares, il est vrai, mais enfin pouvant se présenter, un de ces ganglions mésentériques suppurés a pu se rompre et devenir à son tour une cause de péritonite mortelle qui a constitué un accident dépendant, il est vrai, mais assez secondaire et très éventuel de la dysenterie elle-même.

TUBE DIGESTIF

Le tube digestif a une prééminence sur tous les autres organes dans la question de l'anatomie pathologique de la dysenterie. C'est vers les altérations de ce tube digestif que se sont dirigées les recherches de tous les auteurs depuis l'introduction de l'anatomie pathologique dans la médecine. Malheureusement la difficulté de bien voir et de bien apprécier la valeur et la signification des altérations était grande, de sorte que, malgré des efforts maintes fois répétés, nombre d'observateurs très remarquables n'ont pu pendant longtemps

éclaircir cette question de l'anatomie pathologique de la dysenterie. Nous ne pouvons même avoir encore la prétention aujourd'hui de la connaître d'une manière bien précise ; néanmoins la question a fait un pas immense depuis que l'histologie est assez perfectionnée pour apporter dans cette étude les enseignements du microscope.

Pour bien comprendre la nature et l'importance des altérations anatomo-pathologiques du tube digestif dans la dysenterie, il faut avoir bien présente à l'esprit l'anatomie normale. Aussi devons-nous commencer par donner une description sommaire de la disposition de ses divers éléments chez l'homme sain. Nous la tirerons des excellents livres classiques de Sappey, de Cruveillier et de Fort, dont nous transcrirons textuellement nombre de passages.

Résumé sommaire de l'anatomie normale du tube digestif

Le tube digestif ou canal alimentaire est un long conduit qui commence à la bouche pour finir à l'anus ; il est composé, en allant de haut en bas : 1° de la bouche ; 2° du pharynx ; 3° de l'œsophage ; 4° de l'estomac ; 5° de l'intestin grêle ; 6° du gros intestin. C'est de l'intestin grêle et du gros intestin que nous avons à parler ici seulement, car les lésions de la bouche et de l'estomac sont assez rares et assez peu accentuées dans une très grande majorité des cas pour que nous puissions éviter de parler de l'anatomie de cette portion du tube digestif.

Intestin grêle

On appelle intestin grêle la portion du tube digestif qui va de l'estomac au gros intestin. Quand on examine sa face interne, on constate qu'il commence à la valvule pylorique, qui le

sépare de l'estomac, et finit à la valvule iléo-cœcale, qui le sépare du gros intestin.

Il a environ huit mètres de longueur; il a environ quatre centimètres de diamètre au commencement, et n'en a plus que deux à la fin, il représente donc un segment de cône. Extrêmement allongé et flexueux, il constitue les circonvolutions intestinales et est très mobile dans toute sa longueur, excepté tout à fait au commencement, où il est fixé d'une manière étroite aux environs du pancréas et du foie. Il tient à la colonne vertébrale par le mésentère.

L'intestin grêle se partage en trois portions : 1° le duodénum, 2° le jéjunum; 3° l'iléon.

Le duodénum commence au pylore et représente assez bien la forme d'un fer à cheval tourné de telle sorte que la convexité soit à droite, de sorte qu'on peut lui considérer trois portions : une horizontale, allant de gauche à droite, l'autre verticale, la troisième horizontale aussi, allant de droite à gauche. C'est dans la partie moyenne que le canal cholédoque émané du foie et le canal de Wirsung émané du pancréas viennent s'aboucher dans une petite cavité, l'ampoule de Vaters.

Le duodénum a environ 18 centimètres de longueur totale dans ses trois portions réunies.

Le jéjunum, ainsi appelé jadis parce qu'on le rencontre vide en général dans les autopsies, continue le tube digestif en suivant le duodénum sans démarcation bien apparente et a une longueur de 3 mètres 10 centimètres à 3 mètres 15, si nous nous rapportons aux dimensions données par Bauhin ou Winslow.

L'iléon, qui forme la troisième portion de l'intestin et qui fut ainsi appelé du mot grec εἴλεὸν, de εἰλεῖν, tourner, à cause des circonvolutions nombreuses qu'il constitue, continue le jéjunum sans aucune ligne de démarcation, ce qui fait que les auteurs ne

sont pas d'accord sur sa longueur. Nous admettrons 4 mètres 70 d'après les anatomistes précités Bauhin et Winslow. Cet iléon se termine à la valvule iléo-cœcale.

L'intestin grêle est composé de quatre tuniques qui sont en allant de dehors en dedans : 1° la séreuse ; 2° la musculeuse ; 3° la celluleuse ; 4° la muqueuse.

Séreuse. — Formée par le péritoine, elle entoure entièrement l'intestin grêle, excepté aux points où se trouvent le canal cholédoque et celui de Wirsung ; elle se continue avec le mésentère. C'est elle qui permet et facilite l'extrême mobilité des anses intestinales.

Musculeuse. — Elle est formée de deux couches, la plus extérieure longitudinale, la plus interne circulaire. Les fibres circulaires forment un plan plus épais que les longitudinales, les unes et les autres appartiennent à l'ordre des fibres lisses.

La celluleuse, — que quelques anatomistes appellent la fibreuse et d'autres la sous-muqueuse, est intermédiaire à la musculeuse et à la muqueuse. Elle sert de support à cette muqueuse et envoie de petits prolongements qui, la traversant, vont former le centre des valvules conniventes. C'est, dirait-on, le squelette de l'intestin. Elle est plus ou moins mince, suivant les endroits, et a une tendance remarquable à s'infiltrer par l'eau de macération après la mort, par les liquides ou les exsudats pathologiques pendant la vie.

C'est elle qui contient, à vrai dire, le plus grand nombre des follicules clos ; mais comme ces follicules ont des rapports intimes avec la couche muqueuse, nous les décrirons seulement tantôt, lorsque nous parlerons d'elle.

La tunique celluleuse qui nous occupe ici est constituée par du tissu conjonctif ordinaire contenant un grand nombre de fibres élastiques. On trouve dans cette tunique des cellules

étoilées, des cellules fusiformes, des cellules arrondies et des vésicules adipeuses isolées ou groupées.

La tunique celluleuse renferme un grand nombre de vaisseaux et de nerfs qui s'étalent en réseau dans son épaisseur ou la traversent pour aller dans les tuniques voisines. Ces réseaux sont plus riches vers la portion de cette celluleuse qui répond à la tunique muqueuse, au voisinage du fond des glandes de Lieberkühn, et autour des follicules clos ils sont, dis-je, si riches là, que Dollinger a voulu les considérer comme formant une couche vasculaire distincte intermédiaire à la celluleuse et à la muqueuse, et portant le nom de couche vasculaire de Dollinger, couche qui joue un rôle important dans la pathologie de l'intestin.

Muqueuse. — La muqueuse de l'intestin grêle est extrêmement remarquable; sa surface extérieure adhère à la couche celluleuse, sa surface intérieure est hérissée de saillies qu'on appelle les villosités et de replis qu'on appelle les valvules conniventes; c'est elle qui contient les extrémités des vaisseaux absorbants et les glandes de diverses formes qui constituent l'appareil glandulaire de l'intestin.

La muqueuse de l'intestin est formée de deux couches: 1° l'épithelium; 2° un derme dans lequel sont des glandes, des vaisseaux et des nerfs.

L'épithélium est cylindrique, simple ; il forme une couche régulière de 22 mil. d'épaisseur environ. Cet épithélium est constitué par des cellules cylindriques allongées, minces, pourvues d'un noyau ovalaire vésiculeux, et elles contiennent, en outre, les granulations. Ces cellules sont surmontées d'un plateau, sorte de voile percé de trous et étendu sur elles de manière à constituer ce dernier terme de la surface intérieure de l'intestin. Pour bien faire comprendre sa situation, je dirai que ce plateau est à l'épithélinm ce que le crépissage est à un mur;

les cellules représentent les pierres de ce mur, ce plateau est percé d'une infinité de trous appelés pores, à travers lesquels les cellules versent dans l'intestin du mucus concourant à former le suc intestinal.

Le derme de la muqueuse est composé de substance conjonctive réticulée, tissu adénoïde de quelques auteurs, substance homogène dans laquelle se voit le réseau formé par les prolongements anastomosés des cellules. Dans les mailles de ce réseau sont des cellules lymphatiques arrondies. Dans ce derme de la muqueuse, on voit des fibres musculaires disposées sans régularité et formant vers la face externe, c'est-à-dire au voisinage de la couche celluleuse, une sorte de plan appelé la couche musculeuse de Brücke formée de fibres longitudinaires que renforcent des fibres transversales ; au contraire, du côté de l'épithélium, le derme se condense pour fournir un appui solide à cet épithélium ; à sa surface entre lui et cet épithélium se trouve une mince couche transparente amorphe, appelée le *basement membrane*, couche endothéliale ou sous-épithéliale de M. Debove.

Les valvules conniventes ou de Kerkring sont des replis au nombre de 8 à 900, selon Sappey ; elles occupent l'intestin grêle à l'exception de la première portion du duodénum ; elles sont d'autant plus nombreuses et plus développées qu'on les examine plus près de la partie moyenne du duodénum ; elles sont hérissées de villosités qui sont les organes d'absorption de l'intestin grêle, se trouvant au nombre de cent par centimètre carré, soit un chiffre total de plus de dix millions, d'après Sappey. Elles sont lamelliformes dans le duodénum, coniques, cylindriques ou filiformes dans les autres portions de l'intestin. Les villosités se composent d'une partie centrale constituée par le derme de la muqueuse, d'une couche d'épithélium superficiel, c'est-à-dire périphérique, et d'un réseau vasculaire et nerveux.

Les glandes de la muqueuse de l'intestin grêle sont de trois sortes : 1° les glandes en tube ou de Lieberkühn ; 2° les glandes en grappe ou de Brunner; 3° les organes lymphoïdes, qui sont les follicules clos, solitaires ou agminés, appelés aussi glandes de Peyer.

Les glandes de Lieberkühn ou en tube, qui sont au nombre de 40 à 50 millions d'après Sappey, forment une couche continue dans toute l'étendue de l'intestin; elles siègent entre les éléments du derme sans arriver jusqu'au tissu sous-muqueux: elles reposent sur les deux couches de fibres musculaires lisses de Brücke, interposées entre la membrane muqueuse à laquelle elles appartiennent et la membrane fibreuse ou celluleuse de l'intestin. Ce sont des glandes en tube simples, ou en cœcum comme celles de l'estomac, un peu plus éloignées à leur fond cependant.

Les glandes de Brunner sont des glandes en grappe très abondantes dans la première partie du duodénum et devenant de plus en plus rares ensuite; elles vont du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois.

Les glandes de Peyer sont des organes lymphoïdes presque entièrement composés de tissu lymphoïde adénoïde; elles se partagent en deux catégories : *A.* les follicules clos solitaires, corpuscules arrondis, blanchâtres, variant entre un quart et deux millimètres de diamètre, en nombre considérable et siégeant surtout à la partie de l'intestin opposée au mésentère; *B.* les follicules agminés qui sont une agglomération plus ou moins grande de ces follicules clos et formant vers la fin de l'intestin grêle 30 ou 40 plaques situées comme les solitaires vers la partie opposée au mésentère.

Les follicules clos sont entourés d'un réseau vasculaire très riche et ont les rapports les plus intimes avec le système lymphatique, aussi Frey les a-t-il considérés comme de véritables

ganglions lymphatiques. Les follicules clos qui, à vrai dire, appartiennent autant à la couche muqueuse qu'à la celluleuse ou fibreuse de l'intestin, passent entre les deux couches musculaires de Brücke et sont parfois un peu étranglées par ces fibres, ce qui leur donne un aspect obscurément bilobé ou en bissac.

Les vaisseaux sanguins de l'intestin grêle viennent de l'artère mésentérique supérieure ; ses branches arrivant sur l'intestin par le bord mésentérique se partagent en deux branches qui vont se divisant et se subdivisant pour fournir des vaisseaux artériels capillaires aux villosités et des réseaux autour des glandes de divers noms. Les veines vont aboutir à la grande mésaraïque la plus volumineuse des trois racines de la veine porte ; elles ne sont pas doubles en nombre des artères. Quant aux lymphatiques de l'intestin, ils naissent de deux sources : *A* de la muqueuse, *B* de la musculeuse, traversent les ganglions mésenteriques et vont se jeter enfin dans le réservoir de Pecquet, origine du canal thoracique.

Les nerfs, de leur côté, viennent du plexus solaire formé par la réunion du grand lymphatique et du pneumo-gastrique.

Gros intestin

Le gros intestin est la partie du tube digestif qui commence à la fin de l'intestin grêle pour finir à l'anus. Comme son nom l'indique, il est plus volumineux que l'intestin grêle, il a en moyenne 1 mètre 65 de longueur, d'après M. Sappey. Au lieu d'être flottant comme lui, il se dirige après avoir reçu l'intestin grêle presque à angle droit par un de ses côtés en haut, le long de la portion droite de la paroi abdominale ; arrivé près du foie il s'infléchit pour arriver horizontalement à gauche, puis descend le long de la portion gauche de cette paroi jusqu'à la crête iliaque, au niveau de laquelle il s'infléchit pour former ce

qu'on appelle l'S iliaque, puis il plonge dans le bassin pour gagner l'orifice anal.

Le gros intestin se divise en trois portions : une, la première, renflée, située dans la fosse iliaque droite : c'est le cœcum, l'autre qui part de cette fosse iliaque droite pour aller dans la gauche est le côlon subdivisé en côlons ascendant, transverse, descendant et iliaque ou S iliaque ; la troisième est le rectum.

Au lieu d'être cylindrique comme l'intestin grêle, le gros intestin présente l'aspect d'un tube formé de trois faisceaux rectilignes entre lesquels sont des portions déprimées et en saillie.

Le cœcum est l'origine du gros intestin ; il est séparé de l'intestin grêle par la valvuve iléo-cœcale dont je n'ai pas à décrire ici les particularités, et il porte l'appendice iléo-cœcal. Il est en rapport en arrière et en bas avec le muscle psoas iliaque ; est fixé par le mosocœcum, et comme le restant du gros intestin est incomplètement entouré par le péritoine.

Le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant n'ont pas besoin de nous arrêter bien longtemps ; nous rappellerons seulement les rapports de voisinage du côlon transverse et du foie : l'S iliaque a à gauche avec le psoas iliaque les rapports que le cœcum a à droite avec ce muscle.

Quant au rectum long de 20 centimètres environ, il décrit une courbe complexe pour suivre la face antérieure du sacrum, du coccyx, et arriver à l'anus ayant une portion plus renflée que les autres et que l'on a appelée l'ampoule d'O'bierne. Il est en rapport en avant avec la vessie chez l'homme, avec l'appareil utéro-vaginal chez la femme, et tandis que sa partie supérieure est entourée par le péritoine, sa partie inférieure se trouve assez éloignée de cette séreuse.

Le gros intestin est formé aussi de quatre couches superposées : *A.* la séreuse, *B.* la musculaire, *C.* la celluleuse, *D.* la muqueuse.

La tunique séreuse est incomplète en ce sens que dans les endroits où il appuie sur la fosse iliaque, elle ne fait que recouvrir la face libre de l'intestin, et qu'au rectum la partie anale en est dépourvue.

La musculeuse est formée comme à l'intestin grêle de deux couches : une extérieure longitudinale, l'autre intérieure, circulaire, mais au lieu d'être régulièrement étalée, la longitudinale forme trois bandelettes qui brident pour ainsi dire l'organe, de telle sorte qu'on voit une série de bosselures formées par la couche circulaire profonde faire saillie çà et là.

La celluleuse est semblable à celle de l'intestin grêle, et comme elle a la propriété de s'infiltrer anormalement avec une extrême facilité.

Quant à la muqueuse, formée comme dans l'intestin grêle d'un épithélium et d'un derme, elle présente cependant des particularités qui la distinguent.

L'épithélium de la muqueuse, est cylindrique, mais il n'est pas recouvert sur la surface libre du plateau poreux dont nous avons parlé pour l'intestin grêle.

Le derme de la muqueuse est constitué dans sa partie profonde par des fibres musculaires de Brücke longitudinales et transversales ; ailleurs il est formé par du tissu conjonctif réticulé contenant des cellules lymphoïdes et il est un peu plus épais au gros intestin qu'à l'intestin grêle.

Les glandes du gros intestin sont de deux ordres d'après la plupart des auteurs : *A.* les glandes en tube ou de Lieberkühn ; *B.* les follicules clos. M. Sappey a décrit des glandes utriculaires qu'on est disposé aujourd'hui à considérer comme étant seulement une forme spéciale des follicules clos ou une ulcération de ces mêmes follicules.

Les glandes en tube sont un peu plus longues et un peu plus renflées au gros intestin qu'à l'intestin grêle, leur nombre est

très considérable, aussi elles se touchent partout sur la longueur de l'organe.

Les follicules clos ressemblent aux follicules isolés de Peyer qu'on voit dans l'intestin grêle, car il n'y a pas de follicules agminés dans le gros intestin. Ils sont seulement un peu plus volumineux, leur partie profonde repose souvent sur la tunique musculeuse, tandis que leur portion superficielle, qui fait une saillie, offre une dépression de la muqueuse autour de laquelle on voit les glandes en tube former une couronne. Il est facile de prendre cette dépression pour une ouverture de la glande, mais si on examine le fond, on aperçoit le sommet du follicule. (Fort, p. 234.)

Enfin terminons en disant que le rectum est entouré d'un anneau musculaire de structure complexe : le sphincter de l'anus.

Il nous sera facile maintenant d'apprécier la nature et l'importance des diverses lésions que présente le tube digestif dans les flux de ventre soit aigus, soit chroniques. — Pour ne pas scinder en deux parties ce qui a trait au tube digestif, je n'ai pas parlé précédemment de l'état de la bouche et de l'œsophage, le lecteur me pardonnera la minime licence que je prends de mettre ici cette étude, qui, à la rigueur, aurait du avoir sa place ailleurs.

BOUCHE, ŒSOPHAGE

Nous ne dirons qu'un mot des lésions que peuvent présenter la bouche et l'œsophage dans la dysenterie. Nulles, ou à peu près, dans la dysenterie aiguë qui a duré peu de temps, elles sont cependant assez marquées quand la maladie se prolonge. En effet, l'épithélium de ces parties diminue d'épaisseur, prolifère moins vite et moins bien, de sorte que, même lorsque la maladie n'a duré que quelques semaines, on le voit aminci sensiblement. Dans la diarrhée et la dysenterie chroniques, il est

même réduit à une très minime pellicule qui ressemble assez à un vernis ; dans quelques cas exceptionnels on a signalé même des érosions, des aphthes sur la muqueuse de la bouche et de l'œsophage, tant dans la dysenterie aiguë que dans les flux de ventre chroniques. Ajoutons aussi qu'on a rencontré le muguet, dans certains cas, à la période ultime ; mais néanmoins, ces altérations sont assez peu importantes dans la question de l'anatomie pathologique de la maladie, pour que nous puissions ne pas nous étendre plus longuement à leur sujet.

ESTOMAC

L'estomac est très généralement trouvé sain dans la dysenterie aiguë, et depuis que les lésions de l'alcoolisme ont été bien différenciées des autres états pathologiques, on voit moins de divergence dans l'opinion des auteurs au sujet de l'état du ventricule.

Dans la dysenterie chronique, on a trouvé parfois quelques traces d'irritation de la muqueuse ; mais non seulement elles n'étaient pas très accentuées, mais encore on n'est pas bien fixé sur la part qui revient à l'affection pour leur production.

Dans la diarrhée chronique, les lésions de l'estomac n'ont pas attiré beaucoup l'attention jusqu'ici ; mais on peut penser, en se souvenant que la dyspepsie est un phénomène fréquent de la maladie, que l'appareil glandulaire a subi une certaine atteinte.

INTESTIN GRÊLE

Nous ne savons rien de positif des lésions de l'intestin grêle dans la diarrhée aiguë, la maladie n'entraînant pas la mort dans son état de simplicité. On n'a pu faire d'autopsie que lorsqu'une autre maladie a emporté le sujet, ou bien quand une complication est survenue, et, dans les deux cas, rien ne prouve

que les altérations que l'on rencontre appartiennent réellement à la maladie.

Quoi qu'il en soit, en se basant sur quelques faits épars dans la science, et contestables à plus d'un titre, en se laissant aller aux déductions de l'analogie, on arrive à penser que l'intestin grêle présente quelques légères traces d'irritation dans cette diarrhée aiguë; et il est fort probable que c'est ce qui existe en réalité.

Quand on songe au mécanisme de la production de cette diarrhée aiguë, tel que je le comprends, c'est-à-dire quand on admet que, sous une influence déterminée, il arrive tout à coup par le canal cholédoque une quantité surabondante de bile, on conçoit, en sachant que la bile a pour effet d'entraîner la couche la plus superficielle des cellules de l'épithélium, que cette couche est amincie, semble presque manquer, et que l'action topique de la bile se prolongeant par le fait de cette hypersécrétion, la muqueuse subit bientôt une légère irritation.

Cette irritation doit avoir son maximum au voisinage de l'embouchure du canal cholédoque, on le devine par le raisonnement, et c'est en effet ce qui s'observe très généralement dans les autopsies de dysenterie grave, aiguë, ou chronique. Quand on regarde avec un soin minutieux l'état de la muqueuse intestinale, dans ces autopsies, on voit, en effet, que bien moindre au-dessus de l'embouchure de ce canal cholédoque, cette irritation a son maximum peu après lui, et va ensuite, diminuant d'intensité, jusqu'aux environs de la fin de l'iléon, point où elle reparaît très généralement.

Or le raisonnement porte à fournir alors l'explication suivante : l'action topique de la bile a irrité la muqueuse intestinale en arrivant avec surabondance ou avec des qualités spéciales dans la seconde partie du duodénum. Les mouvements intestinaux excités d'ailleurs par cette irritation de la

muqueuse, entraînent bientôt cette bile vers la partie inférieure, et à mesure qu'elle chemine son mélange avec le suc intestinal rend son action topique moins irritante ; mais arrivée à l'iléon, son cours est retardé peu à peu, parce que vers cette fin de l'intestin grêle les matières cheminent moins vite que dans son commencement, et l'action topique ayant le loisir d'agir plus longtemps, l'irritation produite est plus grande.

Mais n'oublions pas de dire que cette irritation de la muqueuse de l'intestin grêle est assez minime le plus souvent pour que, quand l'autopsie n'a pas été faite avec un soin bien minutieux, on ait pu dire que l'intestin grêle ne présentait aucune altération dans la dysenterie aiguë.

Néanmoins on aurait tort de nier des lésions que le microscope a montrées d'une manière irréfutable ; en effet, M. Kelsch a vu dans une autopsie, en examinant l'iléon, les désordres suivants : les glandes de Lieberkühn avaient grandement souffert, la plupart avaient disparu, et il ne restait à leur place que quelques culs-de-sac glandulaires très clairsemés ; elles avaient été remplacées par de jeunes cellules plus ou moins serrées et maintenues par un stroma fibrillaire traversé par des vaisseaux embryonnaires. M. Bonnet a vu la même chose. D'ailleurs, rappelons pour le moment, et nous aurons à revenir là-dessus, que dans la diarrhée chronique, celle de Cochinchine par exemple, le tube intestinal est modifié depuis l'estomac inclusivement, et les glandes s'atrophiant de nombre et de volume dans l'intestin grêle, ce n'est pas par les altérations de texture du gros intestin seul que le malade tombe dans l'ination et meurt, pour ainsi dire, de faim.

On comprend que nous ne devons pas compter, en parlant de l'état de l'intestin grêle dans la dysenterie, les cas où une perforation a eu lieu ou a été imminente dans le gros intestin,

et où par conséquent il y a eu production d'une péritonite plus ou moins violente. Les lésions qu'on observe dans ces conditions sont secondaires et ne diffèrent d'ailleurs en rien de celles de la péritonite ordinaire, due à n'importe quelle cause.

Donc dans la dysenterie aiguë, surtout lorsqu'elle a duré peu de temps, les lésions de l'intestin grêle sont assez peu accentuées, et si nous ajoutons qu'elles sont naturellement semblables en tout à celles que nous avons assignées à la diarrhée aiguë, nous n'avons qu'à y ajouter par la pensée un petit degré de plus d'intensité pour nous figurer ce qui doit être l'état ordinaire.

Lorsque la dysenterie aiguë a duré un certain temps et à fortiori lorsque l'on a affaire à la dysenterie chronique, on trouve dans l'intestin grêle des traces manifestes d'irritation, et c'est toujours au fond le même mécanisme qui les a produites ; de sorte que c'est aux endroits que nous avons cités qu'on les rencontre de préférence, à la seconde partie du duodénum et à la fin de l'iléon.

Dans certaines formes de la dysenterie aiguë, on trouve à la fin de cet intestin grêle des altérations plus accusées que d'habitude ; c'est ainsi, par exemple, que lorsque le sujet a succombé à la dysenterie hémorrhagique, on voit souvent la muqueuse de la fin de l'iléon comme dépolie, un peu épaissie parfois et d'une couleur rouge lie de vin plus ou moins accentuée ; on dirait que cette portion de l'intestin a concouru à fournir l'hémorrhagie.

Dans la forme typhoïde de la dysenterie, on a souvent constaté un état d'irritation et même d'inflammation limitée des plaques de Peyer, qui sont intactes dans la grande majorité des autres cas. Cette irritation est toujours beaucoup moindre que dans la fièvre typhoïde proprement dite, car le

plus souvent c'est un peu d'hyperhémie, un peu d'augmentation de volume et de consistance que l'on rencontre ; et même alors qu'on trouve de véritables plaques ulcérées comme dans la fièvre typhoïde, elles se réduisent à une, deux, ou quelques-unes à peine çà et là, et peu étendues.

Dans la dysenterie aiguë ayant duré longtemps et à fortiori dans la dysenterie chronique, on a rencontré parfois des rétrécissements plus ou moins accusés ; ces rétrécissements, qui paraissent avoir été temporaires dans le commencement, ne sont bien accusés et permanents que dans de très rares circonstances.

N'oublions pas de signaler aussi que dans nombre de cas on a trouvé dans les autopsies des invaginations plus ou moins étendues de l'intestin grêle. Chez quelques sujets même, on en a rencontré deux et trois à la fois. Ces invaginations se montrent tant dans la dysenterie aiguë que dans la dysenterie ou la diarrhée chronique, et ont coïncidé généralement avec des phénomènes d'algidité, de dépression extrême pendant la vie ; or, si nous nous souvenons que ces invaginations sont assez fréquentes dans le choléra, qu'elles se rencontrent aussi dans quelques rares cas de fièvre jaune où de véritables accidents cholériques se sont montrés à la fin de la scène morbide et pour la clore, nous pouvons en inférer, jusqu'à plus ample informé, que ces invaginations sont plutôt un phénomène cholérique, c'est-à-dire un état accidentel dans la dysenterie qu'une altération propre et spéciale à la maladie.

Voici les lésions histologiques que Bonnet a trouvées dans l'intestin grêle chez les individus ayant succombé à la diarrhée chronique.

« Dans l'intestin grêle, les villosités s'infiltrent de plus en plus de cellules embryonnaires, la plupart s'atrophient ou se fusionnent avec leurs voisines, d'autres fois elles s'amin-

cissent et s'allongent démesurément, et l'on comprend que le chylifère central bientôt comprimé ne puisse plus accomplir son rôle physiologique. Dès lors plus d'absorption du chyle. L'estomac continue à fonctionner, mais son rôle d'assimilation est restreint. A ce moment le malade devient autophage, et on le voit dépérir de jour en jour, s'éteindre dans le dernier degré du marasme. » (Bonnet, *loc. citato.*)

Dans la diarrhée chronique on a signalé parfois un amincissement plus ou moins grand des tuniques intestinales donnant à la partie du tube digestif qui nous occupe une transparence extrême. On comprend que dans ces cas où la nutrition a cessé de se faire bien longtemps avant la mort, les glandes, les villosités, les valvules intestinales devenues impuissantes aient subi un mouvement de régression qui a réduit l'organe à ses plus minimes proportions.

On a signalé assez souvent la présence de lombrics dans l'intestin grêle chez les sujets morts de dysenterie aiguë, de dysenterie chronique et de diarrhée se prolongeant longtemps ; on a même rencontré dans ce dernier cas des tœnias. La chose est cependant exceptionnelle, car il arrive assez souvent que le tœnia et les lombrics abandonnent le tube intestinal aux derniers moments de la vie, n'y trouvant sans doute plus les éléments d'une nourriture convenable.

GROS INTESTIN

C'est dans le gros intestin que se rencontrent les altérations pathologiques les plus accentuées et les plus importantes de la dysenterie ; aussi sommes-nous arrivés en réalité au point le plus intéressant de ce chapitre. Il faut reconnaître aussi que malheureusement c'est le point le plus difficile à étudier, sinon encore le plus obscur dans nos connaissances de la maladie.

La diarrhée aiguë n'entraînant pas la mort à moins de complications étrangères, on ne sait guère quelles sont les lésions du gros intestin qui la caractérisent; rougeur, irritation de la muqueuse dans certains points déterminés, voilà sans doute les phénomènes qui doivent s'y rencontrer; mais on comprend que la chose a trop peu d'importance pour que nous nous en occupions bien longuement.

Quand on autopsie un sujet mort de dysenterie, on trouve dans ce gros intestin de tels désordres en général qu'il est parfois très difficile de se rendre compte de leur nature et de leur évolution, de la manière dont l'altération anatomique a procédé pour arriver au résultat final. Bien plus, suivant qu'on est dans tel ou tel pays, on constate des lésions plus ou moins différentes, et on est porté à conclure dans tel ou tel sens, et c'est ce qui explique la divergence d'opinions des observateurs les plus recommandables qui ont étudié ce point de la pathologie. Je suis, on le voit, tout à fait de l'opinion de M. Haspel, qui fait remarquer dans son livre sur les maladies de l'Algérie, qu'il est bien probable que ces divergences d'opinions des divers médecins qui ont écrit sur les lésions anatomiques de la dysenterie tiennent plus aux allures différentes de la maladie, suivant les pays, qu'à une observation défectueuse.

Les travaux les plus recommandables ont été faits sur l'anatomie pathologique du gros intestin dans la dysenterie; je citerai entre cent ceux de Gely, de Thomas, de Colin, de Cambay, Catteloup,Haspel, Bégin, Masselot et Follet, de Charcot, de Baly en Angleterre, pour la période de 1835 à 1853. Depuis, nombre d'observateurs se sont engagés dans cette voie, et comme je l'ai dit précédemment, mon savant collègue de l'armée de terre, M. Kelsch, a fait là-dessus, il y a quelques années, un travail tout à fait remarquable, auquel, je le répète,

je ferai de grands et fréquents emprunts. Mon ami, le Dr Bonnet, médecin en chef de la marine, a fait aussi des recherches auxquelles je recourrai aussi.

Nous allons d'abord énumérer les diverses variétés de lésions que l'œil nu constate dans les autopsies de dysenterie, puis nous essaierons de déterminer quels sont les éléments anatomiques atteints dans ces diverses lésions, et enfin nous chercherons à montrer comment ces lésions débutent, marchent, évoluent, pour tâcher d'expliquer la succession des divers phénomènes morbides de la maladie en les faisant cadrer avec ces lésions du tube digestif.

Commençons par établir ce premier fait, c'est que la limite des altérations pathologiques que constate l'œil nu est généralement très bien établie dans la dysenterie, comme le fait remarquer Cornuel, déjà que la face supérieure de la valvule iléo-cœcale est saine, tandis que la face inférieure est malade. Dans plus d'un cas, on voit la fin de l'iléon présenter quelques altérations ; mais non seulement c'est l'exception, mais encore ces altérations ne sont jamais comparables pour l'étendue et la profondeur à celles du gros intestin.

Suivant qu'on lit les travaux des divers observateurs, on est porté à penser que les désordres les plus grands dans la dysenterie se rencontrent au cœcum, à l'S iliaque ou au rectum ; il est fort possible que, suivant les pays, ces lésions soient plus accentuées dans tel endroit que dans tel autre, peut-être la forme de la maladie influe-t-elle là-dessus. A coup sûr, son ancienneté y est pour beaucoup. Quoi qu'il en soit, on admet généralement que les désordres vont en augmentant le plus souvent d'intensité à mesure qu'on approche du rectum, et sauf quelques exceptions assez nombreuses, le côlon descendant et surtout l'S iliaque et plus encore le rectum sont les endroits les plus maltraités.

En étudiant les complications de la maladie, j'ai dit que, sur 100 perforations, 23 environ se montraient à l'S iliaque, 21 au rectum, 16 au côlon descendant, 10 au côlon transverse, 10 au côlon ascendant et 7 au cœcum. Nous voyons que l'examen des 745 autopsies qui ont servi de base à mon travail porte à penser que la fin du gros intestin est réellement le point le plus fréquemment et le plus profondément malade dans la dysenterie.

Lorsqu'on a enlevé la paroi abdominale d'un sujet mort de dysenterie aiguë ou chronique, on voit, suivant le cas, tel ou tel aspect des organes que je vais essayer de déterminer :

Tantôt il y a une péritonite de voisinage localisée ou généralisée ;

D'autres fois il y a un épanchement stercoral ou septique ;

Parfois on ne trouve qu'une simple ascite ;

Enfin, nombre de fois, il n'y a rien d'anormal du côté du péritoine.

Il suffit d'avoir indiqué ces divers états sans entrer dans leur description détaillée, car nous donnerions à notre travail par ces détails une étendue considérable sans grand profit pour la connaissance de la maladie. Nous renvoyons donc le lecteur aux articles de la péritonite, de l'épanchement stercoral et de l'ascité des livres classiques.

Qu'il y ait ou non quelque lésion du côté du péritoine, le gros intestin se montre dans les autopsies de dysenterie sous des aspects différents suivant les cas, et c'est ainsi que tantôt on le voit épaissi plus ou moins, augmenté ou diminué de volume extérieur ; mais le plus souvent augmenté ; le plus souvent aussi, on reconnaît déjà par transparence l'existence de plaques livides, brunes ou noirâtres, aux

points les plus malades ; enfin, quelques rares fois, l'aspect extérieur n'indique pas de désordre bien accentué, et ce n'est que par une investigation plus profonde qu'on peut se rendre un compte exact des lésions qui existent.

Mais, pour apprécier d'une manière plus exacte et plus précise les lésions du gros intestin, supposons qu'il a été extrait de l'abdomen du cadavre, qu'il a été fendu avec l'ertérotome, sans qu'on ait fait subir aucun lavage à l'organe ou aux parties voisines, et qu'il a été étalé sur une planche ou une grande table, de manière à présenter une surface plane, étalée depuis la valvule iléo-cœcale, et même depuis l'œsophage jusqu'à l'anus. Disons en passant que c'est ainsi que j'ai procédé dans la majeure partie des autopsies que j'ai faites ou fait pratiquer sous mes yeux (1).

(1) *Manière dont on doit pratiquer les autopsies de dysenterie.*

Le sujet étant couché sur la table de l'amphithéâtre, on l'examine et on prend note des diverses particularités de son aspect extérieur, puis on fait une incision qui commence à l'articulation sterno-claviculaire droite, descend en rangeant la partie la plus externe des cartilages costaux, contourne la fosse iliaque droite, rase le pubis et remonte ainsi jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire gauche. On divise les cartilages costaux avec la cisaille choudrotome.

On relève alors toute la partie antérieure de la paroi du tronc, et on voit d'un premier coup d'œil l'aspect de la poitrine, et de l'abdomen.

Plongeant alors la main au sommet de la poitrine on va passer une forte ligature de ficelle autour de l'œsophage et de la trachée, ayant soin de serrer très vigoureusement de manière qu'elle ne glisse plus désormais, et on coupe cet œsophage et cette trachée à quelques centimètres au-dessus de la ligature.

En faisant tirer un des bouts de la ligature par un aide on tend à faire sortir les poumons et le cœur de la cage thoracique et on arrive à voir le diaphragme dans son entier, en favorisant avec les mains ouvertes la sortie des poumons; on a soin alors de couper le draphragme dans ses attaches en prenant bien garde de ne pas ouvrir les veines caves quand on divise les piliers du muscle.

Par des tractions ménagées on fait sortir tous les organes en bloc de l'abdomen, et on arrive jusqu'à un petit bassin où l'on n'a plus qu'à couper les

Chez les individus qui ont succombé à un flux de ventre, l'aspect de l'intestin ouvert par l'entérotome et étalé sur une planche varie beaucoup suivant les cas, et il faut, pour tâcher de présenter ses particularités d'une manière quelque peu claire, établir nombre de subdivisions. Une première a pour objet de séparer : *A.* la dysenterie aiguë, de *B.* la dysenterie chronique, et de *C.* la diarrhée chronique.

Nous ne devons pas oublier de faire remarquer au lecteur que dans plus d'un cas il est assez difficile de faire à l'amphithéâtre la part de ce qui appartient à la dysenterie aiguë et à la dysenterie chronique ; les deux affections se suivant et se touchant par des gradations insensibles, il est à peu près impossible d'établir la ligne de démarcation. Mais la chose n'a pas d'importance, nous allons décrire les détails extrêmes, et il sera facile en ajoutant ou en diminuant par la pensée quelque chose à ce qui aura été dit de se représenter ce qui appartient à telle ou telle variété et à telle ou telle forme.

urétères, et à circonscrire avec le scalpel le pourtour de l'anus en procédant de dedans en dehors, c'est-à-dire de la cavité abdominale vers la peau, en ayant soin de ne pas léser la vessie.

On a ainsi vidé absolument le sujet comme les bouchers vident un bœuf ou un mouton, et le corps étant enlevé on dépose les organes qui se tiennent tous ensemble sur la table, en ayant soin de les placer comme si le sujet était couché dans le décubitus dorsal.

On commence alors à examiner à son aise les poumons, le cœur, les gros vaisseaux pesant et mesurant les organes, et conservant au besoin de petits fragments pour l'examen histologique.

Puis on examine successivement le foie, la rate, le pancréas, les reins, les capsules surrénales, et enfin le tube digestif, isolé de toutes ses annexes, est placé sur une planche d'environ trois mètres de long et assez large. On ouvre alors l'œsophage, l'estomac, les intestins avec l'entérotome, en ayant bien soin de ne rien laver de peur de modifier l'état des parties, et étalant avec soin cette portion du corps du sujet sur la planche on se rend parfaitement et sans difficulté compte des lésions qu'elle présente, sans avoir les chances d'erreur qu'on courrait certainement avec une autre manière de procéder.

A. — ASPECT DU GROS INTESTIN DANS LA DYSENTERIE AIGUE

Chez les cadavres qui ont succombé à la dysenterie aiguë on voit l'intestin présenter des différences considérables suivant le cas. C'est ainsi, par exemple, que dans certains on a pu croire avec Chomel, Fournier et Vaidy, Bayle, que la muqueuse ne présentait aucune altération et qu'elle n'était pas ulcérée, parce qu'elle paraissait lisse et sans anfractuosités. Mais depuis que l'histologie est venue apporter son concours au clinicien, on a constaté que ces cas ne constituaient pas une exception insolite et inexplicable, et qu'au contraire cette muqueuse était malade, avait eu par exemple son épithelium enlevé en entier et d'un bloc, qu'elle-même avait été éliminée en entier déjà, ce qui faisait croire à un état normal, alors qu'il existait une lésion très profonde et très étendue.

Mais le plus souvent la muqueuse du gros intestin présente des ulcérations apparentes très variables de nombre, d'étendue, de forme, et donnant à cet organe un aspect très différent suivant le cas.

Haspel, qui a étudié avec soin la dysenterie en Algérie, a essayé de classer les ulcérations intestinales d'après leur aspect extérieur, et les a rangées sous les quatre formes suivantes.

Première forme. — « Ce sont de petites saillies arrondies, marquées à leur centre d'un point noirâtre remplacé çà et là par une petite ulcération ronde autour de laquelle on soulève facilement la muqueuse. Leur forme ordinairement irrégulièrement arrondie ou elliptique présente des bords d'un brun noirâtre déchiquetés ou taillés à pic, ou bien circonscrits par une eschare d'un gris-noir nageant dans du pus, ou par la membrane musculeuse qu'on distingue particulièrement à la direction circulaire de ses fibres qui sont volumineuses, hypertrophiées, ou par le péritoine friable, épaissi et offrant une

teinte laiteuse, opaline. Dans quelques circonstances même, nous avons pu constater une perforation des trois tuniques. »

Deuxième forme. — « Elle est caractérisée par l'érosion superficielle ou plus profonde de la membrane muqueuse intestinale elle-même dans une petite partie du gros intestin ou dans une grande étendue de ce conduit. »

Troisième forme. — « Le tissu cellulaire qui sépare les diverses tuniques de l'intestin s'épaissit, s'infiltre de sérosité, de sang ou de pus, et soulève fortement la membrane muqueuse, de sorte qu'il en résulte à la surface interne de l'intestin des saillies, dans quelques cas des mamelons, des ampoules irrégulières aplaties au sommet et occupées quelquefois par une ulcération. Si on vient à inciser ces tumeurs on trouve une certaine quantité de suppuration rassemblée, et qui semble former autant de petits abcès. Lorsque cette suppuration du tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse a envahi une grande étendue de l'intestin, celle-ci se détache en larges lambeaux quelquefois, dans toute la circonférence intestinale et sous forme de tubes plus ou moins longs qu'on a pris pendant longtemps pour de fausses membranes. C'est à cette forme qu'on peut rapporter ce qu'on a désigné sous le nom de dysenterie phlegmoneuse. »

Quatrième forme. — « Elle est surtout remarquable par de vastes lambeaux gangréneux d'une grandeur et d'une profondeur variables, occupant dans certains cas jusqu'au tiers de la surface interne du gros intestin et qui, privées de soutien et de vie, se détachent sous forme d'eschare. »

Plus loin, lorsque nous ferons un exposé synthétique de la marche des lésions dans la dysenterie aiguë, nous verrons que ces divers aspects d'ulcérations intestinales ne sont pas le résultat de modes différents d'inflammation, mais bien au contraire seulement des degrés d'une même atteinte plus ou

moins étendue, plus ou moins intense, plus ou moins rapidement envahissante.

La couleur de la muqueuse varie suivant que les altérations sont plus ou moins profondes et plus ou moins étendues; rouge plus ou moins au début et dans les cas moyens, elle est brunâtre, livide par places chez quelques-uns. Chez d'autres elle prend un reflet ardoisé, et dans nombre de cas graves elle revêt la couleur feuille morte qui est l'indice de l'imminence d'une mortification partielle plus ou moins étendue.

Souvent on ne trouve en y regardant de près que des îlots de muqueuse restés çà et là sur la celluleuse qui est au contact même de la cavité intestinale; dans presque toute l'étendue, ces îlots sont proéminents comme de petites élevures de formes diverses; ils sont rouges lie de vin ou grisâtres, et ces îlots tiennent tantôt d'une manière large et solide par toute leur face profonde, tantôt, au contraire, ils sont comme suspendus par des tractus plus ou moins lâches ou ne tiennent plus que par quelques points à la cellulaire sous-jacente.

Quelquefois les ulcérations ne sont que l'ouverture de très petits abcès situés dans le tissu cellulaire sous-muqueux, de sorte que la muqueuse est soulevée par places et par conséquent très disposée à se sphacéler çà et là.

La muqueuse est parfois réduite absolument en putrilage, qu'on peut enlever par le raclage ou le simple frottement, et elle laisse au-dessous d'elle la tunique musculaire parfaitement dépouillée.

Quelquefois la gangrène de la muqueuse intestinale, au lieu d'être occasionnée par la multiplicité et l'étendue des ulcérations, les précède, et est au contraire la cause de ces ulcérations, qui ne sont que le progrès d'un travail de nécrobiose.

Pendant longtemps on s'est demandé si ces débris blanchâtres qu'on trouve flottants à l'état de pellicules ou de lam-

beaux dans l'intestin étaient ou n'étaient pas des fausses membranes plus ou moins bien organisées. Cette idée, née en France, a séduit les Allemands, qui s'en sont emparés avec cet empressement aveugle qu'ils mettent à s'approprier les idées des autres qu'ils croient bonnes, et c'est au développement qu'ils lui ont donné qu'on doit l'obscurité qui pendant trop longtemps a régné sur ce point de l'anatomie pathologique de la dysenterie.

« En effet, pourquoi, dit Kelsch avec tant de raison dans le remarquable travail que j'ai cité si souvent, pourquoi, l'histoire de la dysenterie a-t-elle été si embrouillée par les Allemands? c'est qu'ils ont persisté à n'y voir qu'une inflammation diphtéritique, c'est-à-dire qu'ils pivotent depuis 30 ans sur l'opinion émise par Virchow : l'*inflammation diphtéritique est caractérisée par un exsudat fibrineux solide entre les éléments de la couche muqueuse superficielle; par la compression qu'il (l'exsudat) exerce sur les vaisseaux, il amène la nécrose, aussi nomme-t-on à juste titre cette inflammation essentiellement gangréneuse qui a la plus grande analogie avec la pourriture d'hôpital.* »

Ces idées fausses de l'imagination ont fait perdre de vue la véritable nature de la maladie, et tant qu'ils fermeront ainsi les yeux à la lumière, les Allemands erreront. S'ils avaient eu moins de parti pris, les faits de Gely, Thomas, Charcot, Haspel, etc., les auraient ramenés.

L'histologie, qui était appelée à juger en dernier ressort la question, a bien démontré aujourd'hui que ces prétendus exsudats dipthéritiques ne sont ni plus ni moins que des lambeaux de muqueuse mortifiée.

Dans certains cas on voit la muqueuse se détacher tout entière par places et on la trouve décollée des parties sous-jacentes, soulevée par une couche ou un petit amas de pus au voisinage des ulcérations. (Dutrouleau.)

Dutrouleau a signalé même dans plusieurs autopsies de dysenteries qu'il a pratiquées soit à la Martinique, soit à la Guadeloupe, l'existence d'une couche de pus siégeant entre la muqueuse et la musculeuse. Ce pus lui semblait être le résultat de la fonte purulente de la tunique fibreuse ; c'est le phénomène anatomo-pathologique du véritable phlegmon interstitiel de l'intestin.

La mortification ne se borne pas à la muqueuse dans les cas très graves; elle atteint dans telle ou telle région soit la musculeuse, soit même la séreuse, et prépare une perforation qui se produira fatalement, si la vie du sujet n'est pas tranchée avant que cette évolution sphacélique ait eu le temps de se faire. Enfin ajoutons que dans quelques cas très graves c'est un véritable sphacèle du gros intestin qui est observé.

B. — Aspect du gros intestin dans la dysenterie chronique

On pourrait décrire d'un mot l'aspect du gros intestin dans la dysenterie chronique en disant : C'est l'exagération de ce que l'on voit dans l'état aigu. On comprend en effet que, par la prolongation de la vie du sujet, les désordres ont eu le temps de s'accentuer encore, et les organes se sont modifiés de manière à présenter les lésions à l'état plus saillant s'il est possible.

Tout d'abord ce qui frappe dans ces cas de dysenterie qui a duré un certain temps, c'est l'épaississement du gros intestin. La tunique celluleuse s'est tuméfiée d'abord, puis s'est infiltrée, enfin a subi une sorte d'hyperplasie qui fait qu'on la voit très épaisse, tantôt comme infiltrée de liquide, tantôt, au contraire, comme devenue plus dense en même temps que plus épaisse. Et lorsque les observateurs ont marqué dans une autopsie aspect lardacé de la tunique intestinale, qui crie sous le scalpel, ils

ont exprimé une chose qu'on voit souvent et parfaitement à l'amphithéâtre.

Pour ma part j'ai rencontré plusieurs fois une paroi intestinale épaisse d'un centimètre, quelquefois d'un et demi même, et on eût dit le véritable tissu squirrheux des anciens quand le scalpel cherchait à la diviser.

Le plus souvent l'épaississement s'est fait de dedans en dehors, qu'on me passe le mot, c'est-à-dire que le volume extérieur de l'intestin s'est accru, le calibre du tube restant le même; mais dans quelques cas c'est le contraire; le volume extérieur restant le même, c'est le calibre intérieur qui a diminué, de telle sorte que la capacité de l'intestin est plus ou moins diminuée. Je connais nombre de faits de cette nature, et j'en ai vu un entre autres dans lequel il y avait un rétrécissement qu'on aurait pu appeler annulaire, et dans lequel il était difficile de faire passer l'index.

Toute l'étendue du gros intestin n'est pas malade dans tous les cas, et si chez quelques sujets on voit des désordres considérables, depuis le cœcum jusqu'à l'anus, chez beaucoup on ne voit qu'une portion plus ou moins étendue de l'intestin présenter de grandes ulcérations. Dans ces cas, ce peut être n'importe quelle portion, et pour les citer toutes, il nous faudrait énumérer toutes les combinaisons possibles; mais cependant disons que, dans la majorité des cas, c'est le rectum, l'S iliaque et aussi, quoique moins souvent, le cœcum qui sont les points où se voient de préférence les plus grandes altérations.

Sur le gros intestin on trouve souvent, entre deux parties ulcérées ou épaissies et rouges, une portion grande comme un centime ou plus petite, lisse, pâle, et ayant tout à fait l'air d'une sorte de cicatrice; on dirait qu'il a existé là une inflammation de la muqueuse qui a eu pour résultat de la faire disparaître, de sorte qu'il ne reste plus que les autres couches de l'intestin

plus transparentes, et que l'épaisseur du tube intestinal est diminuée d'autant.

Dans quelques circonstances, au contraire, au lieu de rencontrer un épaississement notable de l'intestin, on a trouvé un amincissement plus ou moins marqué.

Souvent on constate que les bosselures que présente la face interne du gros intestin ne sont que la saillie formée par un petit abcès, ce qui est une autre variété plus limitée de phlegmon interstitiel de l'intestin. Cet état est l'exagération, pourrait-on dire, de celui que l'on voit dans la dysenterie aiguë, et où la muqueuse, soulevée par de petits points gros comme une lentille ou un grain de mil, est un peu comme la peau d'un varioleux à la période d'éruption.

N'oublions pas de dire que le plus souvent, dans la dysenterie chronique, le gros intestin s'épaissit, et les diverses tuniques se confondent bientôt assez intimement pour qu'il soit impossible de les différencier à l'œil ; de sorte que si l'on n'avait pas une idée sur la manière dont les lésions se sont produites et ont marché, on serait très embarrassé pour donner leur signification.

C. Aspect du gros intestin dans la diarrhée chronique

L'aspect du gros intestin est variable dans la diarrhée chronique suivant une série de facteurs, et en effet, nous savons que les individus qui présentent cette maladie l'ont vue survenir, les uns à la suite d'une ou plusieurs atteintes de dysenterie aiguë, les autres d'une manière sourde, peu à peu et sans réaction inflammatoire bien marquée. Dans le premier cas, il a pu se produire des désordres dont la trace est restée évidente au premier coup d'œil, et on rencontre les lésions d'une dysenterie chronique plus ou moins intense, plus ou moins guérie ; dans l'autre, on voit parfois l'intestin

avoir conservé une telle apparence d'intégrité qu'on sera porté à le considérer comme sain à première vue.

Quelquefois ce gros intestin, dont la muqueuse ne présente pas de grandes lésions microscopiques, est comme aminci, et cet amincissement a pu être même poussé à l'extrême, de telle sorte que le gros intestin avait la transparence de l'intestin grêle; mais c'est l'exception, il faut en convenir.

Le plus souvent il existe, au contraire, un épaississement des tuniques intestinales, et la chose s'explique très bien si on se souvient que dans la dysenterie aiguë, chronique, comme dans la diarrhée qui se prolonge, les altérations microscopiques sont les mêmes, n'ont différé que dans la rapidité de leurs productions et dans la quantité de portions soumises à l'influence pathologique dans un temps donné. Car, on l'a dit avec grande raison, la lésion est une dans les flux aigus comme dans les chroniques, la seule différence est que dans les uns c'est une inflammation étendue et volumineuse, qu'on me passe le mot; dans l'autre, c'est, pour ainsi dire, une inflammation atomique. Aussi si, dans quelques cas, il semble à première vue que l'intestin ne présente aucune altération dans la diarrhée chronique, en examinant la muqueuse au microscope on constate bientôt que cette intégrité n'est qu'apparente.

SYNTHÈSE DES LÉSIONS DU GROS INTESTIN DANS LES FLUX DU VENTRE

Après avoir décrit, ainsi que nous venons de le faire, les divers aspects du gros intestin que l'on voit à l'amphithéâtre, nous devons procéder d'une manière différente pour bien rendre compte au lecteur de toutes les particularités de l'anatomie pathologique de la dysenterie, et nous allons nous livrer à un

travail de synthèse dans lequel nous utiliserons tous les éléments venus à notre connaissance pour essayer de présenter le tableau et la succession des diverses altérations qui se produisent dans la dysenterie.

Ce travail ne manque pas d'une extrême difficulté; bien plus, nous serons obligés, dans plus d'un cas, de dire ce que nous pensons qui doit se passer dans telle ou telle circonstance, dans telle ou telle forme, ou bien encore à telle ou telle phase de la maladie, et chacun sait dans quelles erreurs considérables on tombe, en pathologie, en anatomie ou en physiologie, quand on veut théoriser sur certains faits qu'on n'a pas constatés avec toute la variété d'expériences nécessaire. Donc il est infiniment probable, il est certain même, que notre exposition va contenir de nombreuses erreurs; mais, en somme, n'est-ce pas en allant d'erreurs en erreurs que la science progresse ? Par conséquent, en attendant le jour où un observateur plus heureux que moi pourra rectifier le tableau que j'entreprends ici, je vais essayer de présenter une peinture aussi exacte que je pourrai la faire des altérations dont le gros intestin est le siège dans les divers flux de ventre.

Je n'ai pas besoin de redire encore que M. Kelsch a fait, sur le sujet qui nous occupe, un très remarquable mémoire (Kelsch, *Archives de Physiologie*, 1873, p. 689); il a traité la question de manière à ne plus rien laisser à faire de longtemps à ceux qui s'en occuperont. Aussi me permettra-t-on de citer textuellement ce qu'il a écrit sur la plupart des points que nous étudions ici. Son opinion, infiniment plus autorisée que la mienne, donnera à cette partie de mon travail une précision que je n'aurais pu atteindre pour ma part.

D'après ce qu'on a vu dans nombre d'atteintes de dysenterie aiguë, où la mort était survenue éventuellement ou assez tôt pour laisser voir les lésions du début, voici comment on peut

se figurer que procèdent et évoluent les diverses lésions dont le gros intestin est le siège.

Lésions de la diarrhée aiguë

Au début, c'est-à-dire alors que la maladie n'est encore qu'à l'état de diarrhée aiguë, la muqueuse du gros intestin est hyperhémiée par places; elle présente çà et là une rougeur qui est le premier indice d'un trouble de la circulation et qui, d'après ce que je pense pour ma part, est la réaction de l'action topique irritative exercée par la bile sur l'organe.

Bientôt l'hyperhémie augmentant et durant, la muqueuse, qui était d'abord polie et comme luisante, se dépolit, prend un aspect rugueux, presque tomenteux ou chagriné, qui montre davantage l'altération concomitante de cette muqueuse.

L'afflux du sang dans la muqueuse a pour effet de l'épaissir, et bien avant que toutes les autres couches aient subi une modification de volume, elle la présente déjà ; c'est à cet épaississement qu'il faut rattacher l'aspect boursouflé, mamelonné qu'elle présente tout d'abord.

L'hyperhémie persistant à exister par le fait de la continuation de la maladie, il se présente bientôt deux phénomènes dans cette muqueuse du gros intestin ; d'une part il se fait une infiltration plastique de plus en plus accentuée de cette muqueuse, tandis que d'autre part elle se ramollit.

Les glandes de Lieberkühn de l'intestin éprouvent, peut-on dire, des modifications plus mécaniques que vitales ; car si, par le fait de l'augmentation de volume des parties voisines, elles sont déviées, étouffées en certains endroits, étranglées en d'autres, obturées plus loin, elles restent néanmoins pourvues de leur épithélium cylindrique ou cupuliforme, qui conserve jusqu'à leur élimination son activité fonctionnelle.

Les follicules clos se distendent d'une manière accentuée et

augmentent ainsi de volume plus ou moins, suivant les endroits. On a attribué à ces follicules clos un rôle prépondérant dans la formation des ulcérations de la dysenterie, pensant qu'à un moment donné ils se déchiraient ou étaient éliminés tout d'une pièce, et que la dépression occasionnée par leur disparition était l'origine de cette ulcération. Cette opinion peut être contestée, mais néanmoins elle montre combien les observateurs ont été frappés des modifications qu'ils subissent dans les flux de ventre de quelque intensité.

Au point qui nous occupe, la maladie peut prendre une des trois voies suivantes :

A. Guérir;

B. Continuer, au contraire, la marche inflammatoire grandissante;

C. Passer à la chronicité par la continuation d'un état subaigu.

Nous parlerons de cette troisième éventualité en parlant de la dysenterie chronique ; nous nous occuperons de la seconde en parlant, dans un instant, des lésions anatomiques de la dysenterie aiguë et confirmée; nous n'avons donc actuellement qu'à nous occuper de la guérison.

Si la guérison survient vite et bien, on voit l'hyperhémie diminuer peu à peu d'intensité, et l'orage pathologique se ermine par une véritable résolution de bon aloi.

Quand l'hyperhémie de la muqueuse intestinale a été limitée, de peu d'intensité, et n'a été qu'éphémère, l'orage pathologique dont nous venons de parler ne laisse pa s de traces bien accentuées de son évolution, et la santé peut en peu de jours revenir si bien et si complètement que l'investigation la plus attentionnée ne peut trouver la moindre altération de texture. Mais pour peu que les conditions contraires aient existé, il reste pendant un temps plus ou moins long, toujours même parfois, des vestiges irrécusables ; en même temps que la muqueuse

conserve une tendance fâcheuse à s'hyperhémier de nouveau. Cela explique pourquoi on observe chez nombre de sujets ayant été très légèrement éprouvés par les flux de ventre par exemple, cette susceptibilité du ventre, cette tendance à la diarrhée ou à la dyspepsie intestinale avec trouble dans les fonctions digestives, alternance de diarrhée et de constipation, production d'hémorrhoïdes, etc. etc.

Lésions de la dysenterie confirmée, aiguë ou chronique.

Muqueuse. — Si l'hyperhémie inflammatoire dont nous avons parlé tantôt à propos des lésions de la diarrhée aiguë continue, il se produit une véritable suppuration du tissu conjonctif, suppuration qui, détruisant çà et là le substratum des glandes de Lieberkühn et les follicules clos, les mortifie et les élimine peu à peu.

Cette suppuration du tissu conjonctif varie dans de grandes limites, suivant la gravité de l'atteinte ; la chose se comprend très bien et nous n'avons pas besoin d'entrer dans de longs détails pour faire ressortir que tantôt elle est très limitée, élimine les glandes peu à peu par nombre très restreint à la fois, et ne fait qu'erroder superficiellement, pour ainsi dire, la muqueuse de place en place ; tandis qu'à un degré plus accentué ces glandes sont éliminées par quantités plus considérables, souvent il se forme de petites eschares çà et là, faisant comme une éruption miliaire de points nécrosiques. D'autres fois ces eschares sont plus grandes, variant ainsi de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à l'étendue de toute une portion considérable d'intestin, et ces eschares, chassées à leur tour par la suppuration, font tomber dans l'intestin des lambeaux plus ou moins grands et mortifiés de muqueuse contenant des amas plus ou moins considérables de glandes de Lieberkühn et de follicules

clos qu'on peut reconnaître très bien dans les selles au microscope.

Soit que l'élimination se soit faite en masse, soit qu'elle se soit faite en détail, dit M. Kelsch dans le travail auquel nous faisons de nombreux emprunts, il reste une véritable perte de substance de l'intestin. Les cavités qui résultent de l'élimination des follicules clos sont comme de petits ulcères ronds faits par un emporte-pièce. Les portions où les glandes de Lieberkühn ont été éliminées en masse, sont comme des ulcères plus larges et plus superficiels; séparés par des portions de muqueuse restée saine ou au premier degré d'inflammation seulement, et constituant une sorte de réseau plus ou moins fin à mailles plus ou moins larges, suivant l'étendue respective des parties éliminées et des parties conservées.

« La muqueuse décollée en tout ou en partie, flottant souvent çà et là, fut prise à tort pour une fausse membrane de nouvelle formation, et concourut à obscurcir la question de l'anatomie pathologie (Gely, Thomas). Cambay, Catteloup, Haspel, Bégin, eurent beaucoup à faire pour démontrer la nature des prétendues fausses membranes expulsées par les dysentériques. » (Kelsch, *loc. cit.*)

L'hyperhémie inflammatoire qui a été l'origine des altérations de la muqueuse, produit de bonne heure des lésions qui portent à la fois sur les vaisseaux et sur la trame conjonctive qui leur sert de gangue.

« Le réseau vasculaire qui enlace les follicules liéberkuniens présente un développement extraordinaire, dit M. Kelsch. Ses branches les plus volumineuses dépassent souvent en calibre les tubes eux-mêmes, entre lesquels elles rampent; elles ne contribuent pas qu'à les dissocier, à en modifier la forme et la disposition. Les branches les plus faibles sont tout à fait dépourvues de parois propres, le sang circule dans des canaux limités de

tous côtés par des cellules. Toutes ces branches, les faibles comme les fortes, sont gorgées de globules rouges et blancs engagés parfois dans un réticulum fibrineux.

« De cet engorgement du réseau intertubulaire nous pouvons conclure que l'injestion des vaisseaux de la celluleuse n'est pas la seule cause de la rougeur du côlon, ainsi qu'on l'a soutenu quelquefois.

« Quel que soit le développement de ce réseau vasculaire, il ne présente rien de comparable à ce que Thierfilder a figuré dans son *Atlas d'histologie pathologique* (pl. 12, 2e liv.); si l'on s'en rapportait à ses figures, le réseau vasculaire de la muqueuse se développerait au point de se substituer presque entièrement aux glandes ; mais si celles-ci ont paru à l'observateur aussi clairsemées au milieu des vaisseaux, c'est que probablement sa méthode de préparation (acide chromique) n'a pas su les conserver.

« A côté des vaisseaux nous trouvons de larges amas de corpuscules de pus très serrés, très compacts, laissant cependant voir sur certains points clairs de la fibrine réticulée mélangée à ces éléments. Ceux-ci sont la plupart petits, arrondis, pourvus d'un noyau. On trouve aussi beaucoup de noyaux libres; tout à fait à la surface il y a quelques cellules plus volumineuses, irrégulières, avec trois ou quatre noyaux, le long des vaisseaux et des tubes on remarque quelques éléments allongés. Il n'y a point de globules de sang libres.

« Ce tissu de cellules ou mieux ces amas purulents concourent avec les vaisseaux à dissocier et à déformer les éléments glandulaires ; du côté de la celluleuse ils se continuent avec le même produit qui infiltre le réseau vasculaire de Dollinger ; à la surface de l'intestin ils sont mélangés au mucus des glandes, avec lequel ils forment une sorte d'enduit qui a dû être souvent pris pour un exsudat (*croupal* des Allemands).

« Que devient l'épithélium au milieu de ces transformations morbides ? J'entends l'épithélium de la surface libre et non celui des cryptes, car ce dernier, ainsi que je l'ai dit, reste à peu près intact dans tous les tubes qui persistent.

« L'épithélium de la surface tombe ou se désagrège probablement dès le début. Lebert et Gluge en ont vu les cellules dans les déjections, et moi-même je les ai constatées souvent mêlées à des corpuscules de mucus dans les produits muco-sanglants expulsés dans la période initiale.

« Du reste, en tout état de choses il ne faut jamais s'attendre à trouver cet épithélium intestinal ; car déjà deux heures après la mort, même chez des sujets dont l'intestin est sain, il a disparu sous l'action dissolvante des liquides intestinaux, et son absence dans les maladies est dépourvue de toute signification pathologique.

« Loin d'être hypertrophié, comme le disent Masselot et Follet (épiderme intestinal), il manque absolument, est remplacé par un enduit muco-purulent ; je n'ai jamais vu autre chose dans la dysenterie aiguë et la dysenterie chronique.

« On sait que la muqueuse, avant de s'exfolier, présente une série de saillies habituellement désignées dans la langue classique du nom d'épaississements et de mamelonnements. Ces termes feraient croire que cette membrane subit une sorte d'hypertrophie générale ou partielle. Par l'analyse histologique précédente on voit qu'il n'en est rien. La muqueuse présente partout des altérations histologiques égales et identiques ; le mamelonnement est dû, nous le verrons plus loin, aux modifications pathologiques de la couche sous-jacente. Sans doute le développement des vaisseaux, la dilatation des glandes, l'infiltration purulente intertubulaire donnent lieu à un certain degré d'hypertrophie réelle de la muqueuse, mais la plus grande partie de l'augmentation d'épaisseur qu'on lui a

attribuée reconnaît une autre cause, l'hypertrophie de la celluleuse.

Membrane celluleuse. — Le microscope nous montre d'abord que c'est elle qui forme la surface des parties malades et que c'est sur elle que reposent les îlots étudiés plus haut, dit M. Kelsch. Si on examine une coupe mince à un faible grossissement, on reconnaît que cette tunique de l'intestin est énormément épaissie; elle présente au moins le triple de ses dimensions normales, et telle est la cause constante du prétendu épaississement de la muqueuse.

« Cette hypertrophie est due particulièrement à la tuméfaction du tissu conjonctif. Deux autres éléments cependant y concourent encore : ce sont les vaisseaux et les cellules plasmatiques, les premiers par le sang qui les distend, les secondes par les néoformations cellulaires dont elles sont le point de départ.

« Dans toute l'épaisseur de la cellule, les vaisseaux sanguins sont gorgés de corpuscules rouges très serrés; à la limite interne, là où les divisions infimes forment une sorte de membrane vasculaire, les parois sont presque toutes embryonnaires, et les globules rouges mêlés à une proportion notable de corpuscules blancs laissent quelquefois entrevoir un réticulum fibrineux dans lequel ils sont enchâssés. Quand il est possible d'étudier la membrane interne, on y trouve l'endothélium gonflé, quelquefois proliféré et détaché de la membrane élastique sous-jacente.

« Les lymphatiques ont subi des changements morbides que j'ai déjà signalés dans la dysenterie chronique, et que du reste ils présentent ordinairement au sein de tous les tissus enflammés. Leur lumière est à la fois élargie et obstruée par des cellules colossales polyédriques ou à peu près sphériques, suivant qu'elles sont plus ou moins modifiées par la pression réciproque; toutes ces cellules sont pourvues d'un noyau unique

régulièrement arrondi, tranchant par un contour nettement accentué sur la masse de protoplasma qui l'entoure. J'insiste sur le volume de ces cellules, qui est tel que 6 ou 8 tout au plus peuvent tenir de front dans la lumière distendue du plus gros de ces lymphatiques.

« Il en résulte des images qui sont frappantes. L'endothélium transformé est sans aucun doute la source de ces amas cellulaires; mais on peut se demander quelles peuvent être les conséquences des obstructions lymphatiques au point de vue de la circulation des sucs ? Ne peut-on pas imputer en partie à l'imperméabilité des lymphatiques le gonflement des faisceaux conjonctifs et le ramollissement de la zone vasculaire par la lymphe plastique surabondante, qui ne peut rentrer dans les canaux destinés à l'écoulement ?

« Si des modifications morbides des vaisseaux nous passons maintenant aux néoformations cellulaires, nous reconnaîtrons qu'au point de vue de l'activité formative la celluleuse peut se diviser en deux zones : une interne très mince, tout à fait en rapport avec la muqueuse, et qui correspond exactement à la zone vasculaire de Dollinger, et une externe qui répond à la celluleuse proprement dite. Cette dernière est criblée de cellules disposées entre les faisceaux ou autour de l'orifice des gros vaisseaux ; ce sont des cellules rondes, le plus souvent allongées et gonflées au milieu.

« Leur nombre augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche de la zone d'épanouissement des vaisseaux : ici elles prennent tout à fait les caractères des corpuscules pyoïdes ; deviennent tellement compactes, tellement serrées, qu'elles constituent une véritable zone d'infiltration purulente au milieu de laquelle il ne reste plus de la trace fondamentale que des vaisseaux embryonnaires remplis de globules rouges et blancs, et des vaisseaux lymphatiques modifiés comme il

a été dit plus haut. C'est donc une infiltration, une dissociation par le pus de la couche la plus interne de la celluleuse ; c'est cette couche qui se trouve partout à nu ; c'est sur elle que reposent, en grande partie déjà décollés par le pus, les îlots de la muqueuse étudiés plus haut.

« Au niveau des points où ceux-ci sont encore adhérents, la couche musculaire sous-muqueuse n'existe plus, elle a disparu dans le travail pathologique, et le pus qui remplit les mailles du réseau vasculaire de Dollinger se continue directement avec les amas de globules pyoïdes qui dissocient les glandes de Lieberkühn.

« Déjà on peut pressentir que là est le nœud fondamental dans l'anatomie pathologique de la dysenterie ; tout à l'heure nous y reviendrons, quand ce qui nous reste à dire sur la celluleuse sera épuisé.

« Les modifications profondes subies par cette membrane expliquent l'épaississement apparent de la muqueuse, et comme ces altérations sont souvent irrégulièrement distribuées, elles donnent lieu à des hypertrophies partielles qui sont l'origine du mamelonnement de la tunique interne. Celle-ci n'est pour rien dans ce phénomène, car après son élimination les mamelons persistent sous forme de proéminences plus ou moins fortes qui reposent sur la celluleuse elle-même.

« A peine dessinées dans la dysenterie légère, où elles sont souvent formées par les follicules clos soulevés par la celluleuse hypertrophiée à leur pourtour, ces proéminences acquièrent quelquefois dans la dysenterie grave des dimensions considérables : elles siègent au milieu de vastes ulcérations et sont souvent couronnées à leur sommet par des fragments de muqueuse. C'est à ces mamelons que Pringle, Monro et quelques auteurs modernes ont donné le nom assez impropre de tubercules.

« Je n'ai plus trouvé, ajoute M. Kelsch, de follicules clos dans la celluleuse dénudée, et les endroits où la muqueuse était encore conservée n'en offraient que des vestiges douteux. Il me paraît certain que le follicule plongé dans la gangue cellulo-vasculaire de Dollinger suppure avec cette dernière, dont il ne peut plus être distingué au milieu de la nappe de pus qui décolle la face profonde de la muqueuse.

« Il est établi en outre que le pus formé dans le follicule rompt quelquefois la muqueuse qui lui sert d'opercule et s'élimine au dehors. Je crois que cette rupture et cette élimination se sont produites sur certains points de ma préparation ; j'ai trouvé, en effet, çà et là des trajets cylindriques, prenant leur point de départ dans la nappe purulente de la celluleuse et s'ouvrant par l'autre extrémité à la surface de la muqueuse, qu'ils traversent dans toute son épaisseur. Ainsi tantôt le pus du follicule s'élimine au dehors à travers une rupture de la muqueuse, d'autres fois il se mêle simplement au pus ambiant de la celluleuse et contribue à décoller la muqueuse. Enfin Charcot et Baly ont rapporté un troisième mode de destruction que l'on peut suivre sur les cas d'intensité moyenne : le travail morbide dont la celluleuse est le théâtre entoure de toutes parts le follicule sans s'y propager ; il se forme autour de ce dernier de petites eschares dans lesquelles il se trouve inclus, et après leur élimination les cavités qui contenaient les glandes solitaires sphacélées apparaissent comme de petits ulcères ronds, taillés à pic, ressemblant à des trous faits comme à l'emporte-pièce : ce sont ces trous qui divisent le point de départ de l'ulcération de la celluleuse. »

M. Kelsch (575) résume ainsi les caractères anatomiques de la dysenterie aiguë :

1° Rougeur, aspect dépoli, boursouflement, état mamelonné de la muqueuse, épaississement et infiltration plastique de la

sous-muqueuse, gonflement plus ou moins considérable des follicules ;

2° Élimination en masse des follicules ;

3° Élimination de lambeaux plus ou moins étendus de muqueuse qui sont toujours histologiquement reconnaissables par la présence des follicules de Lieberkühn ;

4° Ulcérations consécutives de la celluleuse.

Lésions de la rectite dysentérique

Nous n'avons pas besoin d'insister bien longuement sur les lésions que l'on rencontre au rectum dans les cas de rectite dysentérique. Nous savons qu'il y a eu d'abord une rougeur, puis une ulcération de certaines parties de la muqueuse dans les plis permanents ou temporaires du rectum, et soit qu'on veuille s'en tenir à l'examen macroscopique, soit qu'on fasse intervenir le microscope, on ne voit exactement que les désordres propres à l'ulcère intestinal de la dysenterie, ulcère qui, à cause de son siège sur la limite des nerfs de la vie organique et de la vie de relation, a pour caractère de fournir parfois les deux genres de douleurs, coliques et cuisson, et qui, par le fait de son voisinage et de sa situation, provoque plus facilement qu'un autre le ténesme ou la dysurie. Mais malgré ces particularités, il y a une similitude de forme et de nature telle que nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement sur son compte.

Lésions de la diarrhée chronique

Nous n'avons pas d'autopsies qui nous renseignent d'une manière positive sur le début des lésions de la diarrhée chronique ; mais nous pouvons nous rendre assez bien compte par analogie de ce qui se passe tout à fait au commencement de

l'affection dans le gros intestin, et comme M. Kelsch le croit, il est infiniment probable que ces lésions sont tout d'abord celles que nous avons assignées précédemment à la diarrhée aiguë, de sorte que nous y renvoyons le lecteur ; il y verra que nous avons dit qu'une fois ces lésions produites, le flux de ventre pouvait prendre une des trois voies suivantes : *A*. Guérir ; *B*. Continuer, au contraire, sa marche inflammatoire grandissante ; *C*. Passer à la chronicité par la continuation d'un état subaigu. Nous avons parlé des deux premières, c'est donc la troisième qu'il nous reste à étudier ici.

Ce que nous allons dire vise spécialement la diarrhée chronique observée chez des sujets venant de Cochinchine ; peut-on généraliser et dire que ce qui se voit dans cette catégorie de malades se rencontre dans d'autres ? Nous revenons, en un mot, à cette question tant de fois posée, et non encore définitivement résolue : la diarrhée chronique de Cochinchine est-elle semblable ou au moins analogue à celle que l'on voit ailleurs, dans nos pays d'Europe par exemple, ou bien est-elle une entité morbide spéciale ?

Pour ma part, je n'hésite pas à me ranger du côté de ceux qui croient à l'identité de nature, à la similitude de fond. Il peut y avoir, je crois, quelques différences de détail provenant de ce qu'en Cochinchine, par exemple, les causes productrices sont plus intenses, et les conditions d'évolution plus rapides ou plus complètes sont éminemment favorables ; mais dans tous les cas il n'y a, si j'exprime bien ma pensée, que des différences du plus au moins ; la nature, le fond de la maladie, le mécanisme morbide, tout est sensiblement et rigoureusement le même. Ceci étant dit, nous pouvons continuer notre étude.

La muqueuse intestinale étant hyperhémiée plus ou moins çà et là, épaissit dans une certaine limite par la stase sanguine et une infiltration de lymphe plastique qui la densifie en divers

endroits en même temps qu'elle la ramollit en d'autres. Les glandes en tube et les follicules clos menacés ou atteints par cette hyperhémie initiale, il peut arriver, avons-nous dit, que l'état morbide continue sous la forme subaiguë, et par le fait de cette continuation, diverses modifications vont se produire peu à peu.

Dans l'inflammation intense, le tissu conjonctif du derme de la muqueuse est envahi, avons-nous vu, par la suppuration. Dans le cas qui nous occupe actuellement, cette suppuration se montre aussi, mais en quantité infiniment moins grande ; c'est une suppuration moléculaire, si je puis m'exprimer ainsi, au lieu d'une suppuration en masse ; elle s'accomplit en silence et très doucement, progressant peu à peu, tandis que dans l'autre cas elle se faisait avec un appareil réactionnel intense, vite, et sur de larges surfaces relativement.

Sous l'influence de cette suppuration et en vertu de la force réactionnelle qu'a conservée l'organisme, il se forme après l'élimination des parcelles nécrobiosées dans les endroits qui ont suppuré spontanément; dans d'autres, un tissu embryonnaire constitué par une trame fondamentale vaguement fibrillaire, rare, et comme perdue au milieu de masses de noyaux, de petites cellules analogues aux globules lymphatiques d'éléments funiformes, et enfin de grandes cellules assez rares pourvues de 6 à 8 noyaux. Ce tissu embryonnaire entoure les glandes de Lieberkühn, sur lesquelles il réagira bientôt.

Voici d'ailleurs comment mon sagace camarade Bonnet rend compte du phénomène qui nous occupe :

« Au début de la maladie, les vaisseaux nombreux qui sillonnent la portion sous-musculeuse de la muqueuse (tunique de Dollinger) se congestionnent, deviennent turgides, et laissent bientôt transsuder de nombreuses cellules embryonnaires.

« D'autre part, les noyaux que l'on rencontre dans le réticulum conjonctif de la muqueuse prennent part à cette poussée congestive, se dédoublent et donnent naissance à de jeunes cellules; de nouveaux vaisseaux s'ajoutent aux anciens, qui tendent à redevenir embryonnaires.

« C'est dans la portion de la muqueuse qui entoure les culs-de-sac des glandes de Lieberkühn et surtout les follicules clos que se fait ce travail de prolifération. Les cryptes tubuleuses, déviées, séparées les unes des autres, disparaissent peu à peu, soit par atrophie, soit par étouffement. Les follicules clos s'enflamment et sont détruits, quelques-uns sont expulsés par une sorte d'énucléation.

« La participation des follicules clos à ce travail pathogénique est certaine, et peut être prépondérante. Il est possible que l'on trouve là le point de départ de l'affection qui nous occupe. Nous ne serions pas éloigné d'adopter les idées du docteur Charcot sur la dysenterie, et de considérer la diarrhée dysentérique des pays chauds comme une entérite folliculeuse de nature spécifique et toute différente de la dothinenterie. Des recherches microscopiques ultérieures faites sur les lieux et au début de la maladie permettront d'élucider ce point encore obscur d'anatomie pathologique. »

Il n'y a pas de différence, dit M. Kelsch, entre cette néoformation et les granulations des plaies en suppuration ; ce sont de vrais bourgeons charnus en miniature, intercalés entre les glandes dont ils rompent la contiguïté si exacte à l'état physiologique. Mon savant camarade Bonnet, qui s'est occupé avec tant de soin et de succès de l'anatomie pathologique de la diarrhée chronique, pense comme M. Kelsch qu'elle a pour caractère essentiel l'infiltration dans les divers éléments de toute la muqueuse intestinale d'un tissu néoplasique morbide, qui détermine à la longue la disparition ou la destruction, soit par atro-

phie, soit par exfoliation insensible, des composants de cette muqueuse.

Que le lecteur me permette de laisser ici encore la parole à M. Kelsch, qui a fait un travail si remarquable sur l'anatomie pathologique des flux de ventre aigus et chroniques, et qui est infiniment plus autorisé que moi sur un pareil sujet. C'est à peine si çà et là je me permettrai de commenter ce qu'il aura dit.

« Quand la coupe est heureuse et pratiquée sur des points où la transformation est moins avancée, l'image en est aussi régulière qu'élégante; on voit se succéder alternativement une glande en tube et un bourgeon charnu, celui-ci d'abord plus mince que le premier, plus loin lui devenant égal, puis supérieur en épaisseur; enfin il arrive surtout dans la portion rectale que les tubes glandulaires deviennent de plus en plus rares, le tissu de végétation de plus en plus prédominant; en un mot, celui-ci se substitue peu à peu à l'élément secréteur, et dans cet envahissement progressif, il se transforme en un tissu plus solide, moitié cellules, moitié fibres, au milieu duquel se montrent épars çà et là des tronçons de tubes atrophiés et déformés. » (Kelsch, 410.)

« D'ordinaire le développement de ces bourgeons charnus ne se fait pas également dans toute l'épaisseur de la muqueuse; il est plus actif vers la surface où le tissu morbide se développant par-dessus l'ouverture des glandes se termine en petites masses arrondies et épanouies, beaucoup plus riches en vaisseaux et plus pauvres en tubes glandulaires que les parties profondes où ces derniers moins comprimés se conservent plus longtemps.

« On pourrait mettre cette activité formative inégale en rapport avec une cause morbide, agissant à la surface et épuisant son efficacité de celle-ci à la profondeur; il est plus naturel de penser qu'elle est commandée par les conditions mécaniques qui vers la surface sont plus propices que vers le milieu et

la base au développement, à l'épanouissement des bourgeons embryonnaires. »

Altération des glandes. — Ce qui frappe d'abord, dit M. Kelsch dans le remarquable travail précité, c'est la raréfaction des glandes de Lieberkühn au milieu du tissu conjonctif néoformé. Il y a des parties, rares à la vérité, où il n'y a plus de vestiges de glandes : à leur lieu et place se trouvent des bourgeons charnus entiers en tout semblables à ceux d'une plaie implantés sur la tunique musculeuse, sous-muqueuse intacte, ce qui prouve bien qu'ils ne se sont pas développés sur une perte de substance consécutive à l'élimination de la muqueuse en masse à l'exfoliation.

« Dans les régions supérieures du côlon les glandes en tube ou leurs vestiges se retrouvent encore, mais avec des changements notables dans la forme, le volume, la direction et l'agencement réciproques. Au lieu de cette juxtaposition régulière intime et qui les a fait comparer à des canons de fusil réunis en faisceaux, elles sont dissociées par le tissu conjonctif intermédiaire, qui dans son expansion continue les écarte de plus en plus, les déplace en les exhaussant de leur base d'implantation, les déforme, les étrangle, et finalement les fait disparaître par l'atrophie ou une sorte d'énucléation opérée sous l'influence de la pression excentrique du sujet végétant, car il est très commun de rencontrer vers la surface libre des tronçons de revêtement épithélial complet engagés encore par une partie de leur extrémité borgne au milieu des bourgeons embryonnaires et en voie d'élimination dans la cavité intestinale.

« Souvent les tubes sont encore droits, perpendiculaires à la surface ; ailleurs ils sont contournés, tordus en tous sens ; mais toujours quand ils ne sont pas gonflés par du mucus ils sont atrophiés, réduits à la moitié ou aux 3/5 de leur volume normal ; le revêtement épithélial détaché en bloc de la membrane en-

dothéliale sous-jacente forme un cylindre ratatiné libre presque de toutes parts, constitué par de l'épithélium cylindrique régulièrement agencé avec des noyaux bien conservés délimitant une lumière centrale assez nette.

« Dans ces cylindres atrophiés l'épithélium est toujours exclusivement cylindrique, sans mélange de cellules en calices ; aussi le mucus y fait-il complètement défaut.

« J'ai dit plus haut que les bourgeons charnus vont en s'épaississant de la profondeur vers la surface ; il s'ensuit que les tubes comprimés peu à peu dans le sens inverse s'atrophient de la surface vers la profondeur, et c'est ce qui explique pourquoi les derniers vestiges, les tronçons de ces glandes sont d'ordinaire beaucoup plus nombreux dans la partie profonde, pourquoi un tube continu encore dans toute l'épaisseur de la muqueuse montre un épithélium à peu près intact dans la partie borgne, plus ou moins altéré dans celle qui appartient à la surface. Mais là ne se bornent pas les effets de cette compression inégale ; elle conduit à une autre transformation des tubes, la transformation kystique, que nous voyons représentée sur les divers segments de l'intestin malade. Elle acquiert sa plus haute expression vers le rectum, et correspond aux petites tumeurs molles et transparentes ainsi qu'à l'infiltration de même nature dont il est mention dans les autopsies.

« D'après la compression de l'extrémité ouverte du tube l'épithélium a conservé son activité sécrétoire, le mucus sans cesse renouvelé et retenu sur place s'accumule de plus en plus ; de là des dilatations tubulaires, vrais kystes de rétention qui produisent des aspects variables, suivant le nombre des tubes ainsi modifiés, suivant l'étendue et les accidents de la dilatation.

« D'une manière générale, celle-ci est toujours plus forte dans les culs-de-sac que vers l'entrée libre ; les culs-de-sac sont souvent énormes, comme aplatis contre leur support avec des

sinuosités qui dessinent des ébauches d'expansions secondaires. La distension porte tantôt sur toute l'épaisseur du tube; avec la forme à peu près normale il est devenu cinq ou six fois plus large; d'autres fois il continue à grandir, et de cylindrique devient sphérique. C'est un vrai kyste qui peut se rompre et épancher son contenu dans le tissu embryonnaire avoisinant. Souvent un même tube étranglé sur plusieurs points de son parcours se dilate entre les points retrécis et offre un aspect moniliforme.

« Quand plusieurs tubes voisins viennent à se dilater, ils atrophient à leur tour le tissu embryonnaire intermédiaire, qui disparaît peu à peu; leurs parois elles-mêmes se fondent et leurs cavités se réunissent en une cavité commune anfractueuse qui profondément présente encore des culs-de-sac énormes ramifiés avec des cloisons de séparation rudimentaires, tandis que vers la surface, le mucus s'est fait jour par effraction dans le tissu embryonnaire qu'il imprègne, dissocie, atrophie et altère au point de le rendre méconnaissable.

« Ces cavités kystiques sont toujours revêtues d'un épithélium adhérent très régulièrement disposé, où dominent les cellules muqueuses; çà et là on trouve une cellule cylindrique intercalée et amincie. Très souvent le revêtement est exclusivement constitué de cellules caliciformes colossables ; cet épithélium est toujours conservé sur les culs-de-sac glandulaires, soit qu'ils concourent à la formation d'une cavité commune et limitée encore, soit après que le mucus rompant sa faible digue vers la surface ait diffusé tout alentour et ait rendu tout le reste méconnaissable.

« En somme dilatation énorme, colossale des tubes sortant vers leur base, développement de kystes isolés, résorption des cloisons intermédiaires et fusion en une cavité commune plus ou moins anfractueuse; rupture de ces kystes simples ou multiples

et épanchement du mucus vers la surface entre le tissu embryonnaire qui se raréfie : tel est le résumé des ulcérations histologiques des glandes de Lieberkühn. »

Tunique sous-muqueuse. — « La plupart des follicules sont malades, dit M. Kelsch, il en est extrêmement peu qui aient conservé leur apparence normale. L'altération consiste essentiellement en une hypertrophie considérable qui triple au moins leur volume, dans la disparition des éléments cellulaires qui bourrent au début le ganglion, et dans la substition à ce produit de glandes en tubes énormément dilatées. Ceci s'observe *constamment* sur tous les follicules qui sont entraînés; leur tissu propre se laisse peu à peu envahir par des culs-de-sac glandulaires évasés ou repliés sur eux-mêmes, pelotonnés et pourvus d'expansions latérales, de telle sorte que le follicule dont le tissu propre a en grande partie disparu est rempli de culs-de-sac distendus par du mucus et revêtu de papilles caliciformes ; mais jamais on ne trouve une cavité folliculaire vide.

« Voici d'ailleurs une description fidèle de ces altérations telles qu'on peut les suivre d'après le degré le plus simple jusqu'aux formes les plus avancées. Il est des follicules simplement hypertrophiés dont le tissu s'épanouit à travers la muqueuse entre les glandes toujours plus larges à leur niveau que dans le voisinage ; ailleurs, au milieu de leur tissu proliféré se trouvent 3 à 5 tubes élargis énormément dilatés, coupés tantôt en travers, tantôt suivant leur axe vertical, et dans ce dernier cas on les voit, une fois engagés dans la masse folliculaire, diverger, s'épanouir vers la périphérie de ce dernier.

« Ce sont autant de faisceaux de tubes dont le volume ne peut s'amplifier au milieu d'une sphère qu'en s'épanouissant et s'étalant le long de la face interne de celle-ci, contre laquelle ils

sont appliqués intimement. Cette disposition est à peu près constante dans tous les follicules, quel que soit leur degré d'altération, d'autant mieux accusée que celle-ci est plus avancée.

« D'autres fois la moitié de la masse folliculaire a disparu et se trouve remplacée par trois ou quatre culs-de-sac, qui s'aplatissent contre le fond, s'épanouissent en divergeant et se terminent en s'amincissant par pression réciproque. On trouve ensuite des vestiges de ganglions dont les 5/6 au moins ont disparu. Ce qui reste est une couche corticale amincie, dont la surface interne supporte 4 ou 5 culs-de-sac de Lieberkühn énormément dilatés, qui forment presque toute la masse du follicule, s'épanouissent en s'étalant sur la face interne de la coque folliculaire, et se terminent en s'effilant entre cette dernière et le tube voisin. Au fond des follicules les parois de séparation des culs-de-sac persistent quelquefois avec un peu de tissu folliculaire intermédiaire, mais dans la moitié supérieure du follicule, tout est détruit. C'est une cavité remplie de mucus où viennent s'ouvrir les culs-de-sac du fond et qui communique largement avec le dehors par une sorte de trajet évasé rempli de mucus, traversant toute l'épaisseur de la muqueuse dont les éléments propres ont disparu à ce niveau.

« Enfin on tombe assez souvent dans le rectum sur des follicules plus altérés encore : ce ne sont plus que des cavités évasées dont le fond porte encore des vestiges de tubes et qui communiquent avec le dehors par un goulot plus large que la base, le tout rempli de mucus coagulé emprisonnant quelques débris de cellules.

« Tous ces tubes qui ont ainsi envahi les follicules sont tapissés par un épithélium à peu près entièrement caliciforme, au-dessous duquel on découvre sur les préparations minces une couche de cellules plates gonflées, semblable à celle de la surface. Une couche de cellules analogues se laisse quelque-

fois suivre sur le contour des tissus lymphatiques qui circonscrivent le follicule. Quant au tissu même de ce dernier, il se compose de cellules et de noyaux arrondis serrés les uns contre les autres.

« Après l'altération des follicules, il ne me reste plus grand'-chose à dire de la tunique sous-muqueuse. Outre son épanchement constant mais irrégulier, on y rencontre des vaisseaux sanguins à parois hypertrophiées, des vaisseaux lymphatiques avec un endothélium gonflé, des noyaux libres ou des cellules à un ou plusieurs noyaux de forme et de dimension très variables discrètement répartis dans l'épaisseur de la tunique, groupés cependant avec une sorte de prédilection autour des vaisseaux, beaucoup plus confluents vers la muqueuse et formant tout à fait sous la musculeuse une couche non interrompue de cellules serrées. J'ajoute pour terminer cette description que sur beaucoup de points le tissu sous-séreux lui aussi a participé au travail morbide et s'est infiltré d'éléments cellulaires semblables à ceux de la tunique cellulaire. »

Voici en dernière analyse le résumé des lésions histologiques de la diarrhée de Cochinchine que donne M. Kelsch dans son beau travail auquel nous avons fait de si larges emprunts.

1° Développement du tissu embryonnaire entre les glandes de Lieberkühn, l'organisation de ce tissu en bourgeons charnus qui se substituent peu à peu aux follicules tubulés et donnent à la surface l'aspect d'une plaie granulée.

2° La suppuration, la dilatation simple ou kystique, et finalement l'atrophie et la disparition des tubes de Lieberkühn ; quant à l'épithélium, il paraît à M. Kelsch ne participer en rien au processus.

3° La transformation de la celluleuse qui s'épaissit irrégu-

lièrement, se mamelonne par suite de la formation de jeunes cellules aux dépens des éléments préexistants. Il importe de faire remarquer que cette production est surtout active dans la couche vasculaire, c'est-à-dire celle qui confine la tunique musculeuse sous-glandulaire. Là il existe une zone de petites cellules plus ou moins serrées, zone non interrompue, même au niveau des follicules, autour desquels on peut la poursuivre.

4° La disparition progressive du tissu folliculaire et la substitution à ce tissu de glandes en tubes énormément dilatées et revêtues partout d'épithélium cupuliforme ; tantôt le follicule est à peine entraîné ; d'autres fois il n'en reste plus que la cavité remplie de culs-de-sac glandulaires ; entre ces deux extrêmes il y a tous les intermédiaires, mais jamais je n'ai trouvé de cavité folliculaire vide. Celle-ci est peu à peu envahie par d'énormes tubes distendus par du mucus qui prennent la place du tissu propre et communiquent largement avec le dehors. Cette altération de structure rend compte de l'élimination par les follicules d'un liquide filant-glaireux, transparent; de mucus, en un mot. Ce n'est pas le follicule lui-même qui élabore le liquide, ainsi que l'admettent certains observateurs, mais bien les glandes muqueuses qui en ont pris la place.

La diarrhée chronique de Cochinchine a pour caractère spécial de procéder par une série de poussées successives et des arrêts intermédiaires. M. Bonnet en rend parfaitement compte dans les lignes suivantes qui montrent les allures, si je puis m'exprimer ainsi, de l'altération microscopique et macroscopique de l'intestin.

« Cet état de choses peut être de longue durée si les pertes par les déjections ne sont pas considérables; il y a parfois des temps d'arrêt suivis de nouvelles poussées.

« Si la force de résistance du malade n'est pas vaincue, le

travail de transformation et de substitution continue, et l'on voit les tubes de Lieberkühn disparaître les uns après les autres, et les follicules clos enflammés entrer en suppuration. La portion de la muqueuse qui coiffe ces derniers s'enflamme et suppure à son tour, et c'est alors que se produisent les ulcères arrondis taillés à pic, ne dépassant pas le diamètre d'un petit pois, qui criblent la surface du gros intestin et souvent la fin de l'intestin grêle.

« A un degré plus avancé encore, les ulcères folliculaires s'agrandissent, se fusionnent les uns avec les autres et finissent par former de larges ulcérations irrégulières que l'on observe surtout au rectum et au commencement du gros intestin.

« La tunique celluleuse participe depuis quelque temps au travail de néoplasie morbide, les cellules plates s'hypertrophient et donnent naissance à de jeunes cellules. Des vaisseaux de nouvelle création se multiplient dans cette tunique, qui s'épaississant par places repousse devant elle la muqueuse, laquelle se mamelonne, s'exfolie et disparaît en faisant place à un bourgeon charnu. La manière dont se produit ce mamelonnement de la muqueuse que l'on observe si fréquemment dans les autopsies des diarrhéiques, est parfaitement mise en évidence dans une anatomie pathologique de la dysenterie que le Dr Kelsch a publiée dans la *Revue* du Dr Charcot. Je suis parvenu après de nombreuses recherches micrographiques à vérifier la parfaite exactitude de la savante étude de notre collègue de l'armée.

« Parfois la poussée inflammatoire a lieu aux points d'union des deux tuniques muqueuse et celluleuse, qui se séparent l'une de l'autre, et la muqueuse, privée de ses vaisseaux nourriciers, se nécrose.

« La tunique musculeuse prend peu de part à cette transformation morbide. Il n'en est pas de même de la tunique séreuse,

qui est assez souvent atteinte, même dans la diarrhée au premier degré : de là des péritonites généralement locales et presque toujours latentes.

« Lorsque les forces du malade n'ont pu supporter toutes les phases cette lente nécrobiose, la lésion intestinale reste incomplète, et l'on est tout étonné à l'autopsie de ne trouver que les signes d'une entéro-colite chronique sans perte de substances. Cette forme de diarrhée la rapproche de la diarrhée colliquative des phthisiques et de l'entéro-colite des jeunes enfants. »

Coup d'œil d'ensemble et comparatif sur les lésions anatomiques des divers flux de ventre

Après avoir étudié très en détail les diverses particularités qui se rattachent à l'anatomie pathologique du flux de ventre, nous devons jeter un coup d'œil d'ensemble et de comparaison sur elles, coup d'œil synthétique par excellence et tendant à nous renseigner, si c'est possible, sur l'essence, la nature même de la maladie.

Tout d'abord, l'esprit se demande si la diarrhée aiguë et la dysenterie aiguë sont deux degrés différents d'une même atteinte, ou bien si ce sont deux maladies distinctes ; je n'hésite pas à répondre encore pour ma part que la nature de la maladie est absolument la même, et qu'il n'y a entre la diarrhée aiguë et la dysenterie qu'une différence de degré, d'intensité ; en un mot, ce sont les deux termes, les deux gradations d'une seule et même affection.

En second lieu, l'esprit se pose cette autre question : la dysenterie aiguë et la dysenterie chronique sont-elles deux formes seulement de la même atteinte, ou deux maladies distinctes ? Là encore, je suis un partisan résolu de l'identité ; il y a entre elles une différence d'intensité ou de manière d'agir

de la cause; mais il ne saurait venir à la pensée, à mon avis, de les considérer comme deux maladies différentes.

Vient alors cette question capitale de savoir s'il y a une diarrhée spéciale de Cochinchine, ou bien seulement s'il y a une diarrhée des pays chauds, enfin, s'il n'y a qu'une sorte de diarrhée chronique pouvant être observée sous toutes les latitudes et par tous les individus. Pour ma part, je le déclare à l'avance et je l'ai répété souvent, il n'y a là qu'une seule et même maladie, pouvant avoir des modalités un peu différentes suivant les cas, se montrant avec plus de fréquence, d'intensité ou de persistance çà et là dans le monde; mais ne présentant au fond, dans aucun cas, rien qui puisse autoriser l'idée de deux affections différentes.

Nombre d'observateurs éminents sont de mon avis, et entre plusieurs je citerai M. Kelsch, qui croit aussi que le processus de la dysenterie aiguë et de la dysenterie chronique, de même que celui de la diarrhée endémique, sont identiques; pour lui les lésions histologiques de cette dernière seraient l'image atténuée de celles de la dysenterie aiguë.

Dans la diarrhée chronique, l'activité morbide se fixe, dit M. Kelsch (578), non seulement sur le tissu conjonctif intertubulaire, mais aussi et surtout sur la zone la plus interne de la celluleuse, ce qu'on a appelé la zone vasculaire de Dollinger. Cette zone vasculaire, modifiée par l'irritation chronique, présente une néoformation de jeunes cellules assez serrées pour faire une zone distincte du reste de la celluleuse. Eh bien! dit-il, au lieu d'une colite lente, torpide, supposons une inflammation intense, vive du côlon, la membrane vasculaire la plus directement frappée ici comme dans la forme chronique ne résistera pas; d'une part, les vaisseaux ramenés à l'état embryonnaire se laisseront facilement comprimer par l'exsudat et la masse énorme de cellules proliférées; d'autre

part, celles-ci, mêlées à l'exsudat, décolleront la muqueuse de sa couche nourricière, et ces deux causes réunies en amèneront rapidement le sphacèle.

Dans la diarrhée chronique, les éléments de nouvelle formation s'entassent seulement autour des vaisseaux de la celluleuse (Kelsch, 580) et leurs épaississements intertubulaires; la circulation continue tant dans les vaisseaux anciens plus ou moins altérés (retour à l'état embryonnaire) que dans les nouveaux qui se forment au milieu du tissu de végétation. La nutrition se trouve aussi assurée, mais elle se fait exclusivement au bénéfice du tissu morbide, qui se substitue peu à peu aux éléments propres de la muqueuse.

Dans la dysenterie aiguë, l'altération est identique dans son siège et sa nature; elle frappe le tissu péri-vasculaire de la muqueuse et de la celluleuse; mais elle est tellement rapide, tellement intense, que les vaisseaux périssent promptement au milieu du tissu morbide qui les étouffe, et la muqueuse, privée de son suc nourricier, meurt en masse, détruite par lambeaux plus ou moins épais, par opposition à la forme précédente, où elle disparaît par la substitution graduelle du tissu bourgeonnant à ses parties propres (Kelsch, 580).

M. Kelsch, se basant sur son observation, est arrivé à cette conclusion (*loc. cit.*, p. 585), que la dysenterie et la diarrhée chroniques des pays chauds présentent des altérations tout à fait identiques à celles des mêmes maladies observées au centre de l'Europe; l'analyse histologique ne laisse aucun doute à ce sujet.

M. Kelsch s'est demandé aussi si les altérations histologiques de la diarrhée chronique et de la dysenterie des pays tempérés ou chauds sont spécifiques, et il a répondu : non, si on les considère individuellement. Ainsi le gonflement simple des follicules est décrit par Vogel

dans le catarrhe intestinal des enfants, dit-il. Legendre signale leur élimination dans la diarrhée des enfants. Barthez et Rilliet ont signalé l'ulcération serpigineuse dans la colite des enfants sans dysenterie ; mais, comme le fait remarquer M. Charcot, ce qu'il y a de spécifique dans la diarrhée et la dysenterie, c'est le siège et la rapidité avec laquelle s'accomplit le travail dans la dysenterie aiguë, c'est l'étendue et l'ensemble de ces altérations dans les diverses formes, aiguë et chronique.

Je ne crois pouvoir mieux faire que de copier encore textuellement les conclusions du si remarquable mémoire de M. Kelsch, qui a jeté le jour le plus heureux et le plus clair sur la question ; le lecteur consultera ce très important travail avec grand fruit.

« Dans la série des recherches qui viennent de figurer dans ces archives, j'ai étudié successivement l'anatomie pathologique de la dysenterie chronique et de la dysenterie aiguë.

« Au sujet de cette dernière, je n'ai pu émettre dans mon dernier mémoire que des conjectures : ces conjectures rationnellement déduites des lésions de la colite chronique se sont confirmées de point en point dans les recherches qui font la base de ce mémoire.

« En étudiant les faits rangés sous la rubrique *dysenterie chronique*, j'ai été amené par l'anatomie pathologique à les diviser en deux catégories : l'une comprend les diarrhées chroniques si communes sous les tropiques, particulièrement en Cochinchine, où elles ne le cèdent pas en gravité à la vraie dysenterie ; elles nous montrent une muqueuse exempte de solution de continuité sans exfoliation, mais transformée par une modification morbide qui substitue peu à peu du tissu conjonctif aux glandes, et dans quelques cas, celles-ci aux follicules clos.

« L'autre catégorie comprend les dysenteries chroniques ordinaires qui portent en elles un cachet anatomique double, ici ce sont des ulcères qui attestent l'exfoliation de la tunique interne pendant les phases aiguës du mal ; là, la muqueuse est transformée, sclérosée, pour ainsi dire ; comme dans la diarrhée chronique, ce sont les lésions de l'état chronique.

« En isolant au nom de l'anatomie pathologique une forme de colite lente distincte de la dysenterie chronique, j'ai marché sur les traces et au besoin prêté un appui aux tentatives des médecins de la marine, qui depuis longtemps s'efforcent de faire de la diarrhée endémique une entité morbide distincte de la dysenterie chronique.

« L'œil nu établit sans doute des différences sensibles entre ces diverses formes de colite, mais l'analyse histologique les confond toutes en une lésion fondamentale commune : la prolifération de la trame fibro-vasculaire de Dollinger et de ses expansions intertubulaires. Ce processus est-il lent, chronique ? il aboutira à un tissu pathologique qui peu à peu se substituera aux glandes de la muqueuse sans en rompre la continuité, ni même en modifier sensiblement l'aspect macroscopique.

« L'évolution,au contraire, est-elle rapide,interne, aiguë en un mot ? alors ce n'est plus du tissu conjonctif, mais du pus, qui sera formé. Ce pus imprègne, dissocie, détruit la trame nourricière de la muqueuse, et celle-ci, privée de ses moyens de nutrition, s'en va en squames, pellicules, lambeaux, cylindres : elle n'est pas le siège d'une transformation lente comme tout à l'heure, elle périt en masse ; elle est exfoliée.

Ailleurs M. Kelsch (*Arch. de Pysiol*, 1873, p. 407), s'occupant du même sujet, est arrivé aux conclusions suivantes, qui au fond corroborent ma manière de voir de point en point.

« 1° Il y a une distinction à établir entre la dysenterie chroni-

que et la diarrhée dysentérique chronique des pays chauds. La première est une forme à allure chronique qui s'associe ordinairement une phase aiguë à un moment de son évolution. C'est une maladie chronique qui débute ou se trouve traversée par une période aiguë. A ce double aspect clinique correspondent des lésions dont le caractère est également double.

« La seconde : *colite chronique* d'emblée et dans tout son décours est une diarrhée muqueuse ou mucoso-bilieuse chronique qui, quoique moins bruyante dans ses allures que la forme précédente, est tout aussi funeste dans ses conséquences. Les lésions histologiques sont uniformes et se confondent avec celles de la précédente en tout ce qui ne ressortit pas au processus aigu.

« 2° Que les lésions histologiques de la diarrhée et de la dysenterie chronique des pays chauds sont identiques à celles des formes correspondantes du climat de Paris.

« 3° Que le processus de la dysenterie aiguë est le même sous tous les climats, et qu'il ne diffère pas au fond de celui de la dysenterie et de la diarrhée chroniques. »

Si le lecteur a bien suivi ce que j'ai cherché à lui montrer, il a constaté, j'espère, qu'en somme il y a une unité très remarquable dans les nombreuses altérations que nous avons passées en revue ; c'est une hyperhémie provenant de source extérieure, d'une irritation topique de la bile ayant acquis certaines propriétés léthales qui ouvre la scène. Cette hyperhémie inflammatoire produit, lorsqu'elle est dans les conditions convenables, la suppuration du tissu conjonctif, et voilà l'essence même de l'altération. C'est un peu ce qui se passe dans les cas d'une brûlure de la peau, qu'on me permette la comparaison éminemment exacte, et pouvant être poussée aussi loin que ce que l'on veut.

L'irritation est-elle minime, c'est une simple diarrhée aiguë

qui se produit, et il n'y a eu qu'un trouble passager dans la circulation de la muqueuse ; est-elle plus forte, il y a des lésions plus profondes qui sont de deux ordres, suivant l'intensité et surtout le degré de cette intensité à un moment donné. Si cette intensité est puissante, brusque, soudaine, c'est la dysenterie aiguë ; se prolonge-t-elle sans cependant être tellement puissante qu'elle tranche sans retard la vie du sujet, c'est la dysenterie chronique qui se montre. Enfin cette intensité a-t-elle eu pour caractéristique d'être modérée mais persistante, c'est la diarrhée chronique qui s'est produite et qui évolue. Dans chacun des cas il y a des allures particulières, des accidents possibles, des chances bonnes ou mauvaises à courir par le malade. Mais sans avoir besoin d'entrer dans mille détails qui ne feraient qu'allonger notre exposition actuelle sans profit, les quelques mots que nous venons de dire ont fixé, j'espère, les idées du lecteur dans le sens de ce que je crois être la réalité.

FOIE

Quel est l'état du foie dans la dysenterie ? Telle est la question qu'on se pose bientôt quand on étudie l'anatomie pathologique des flux de ventre, et je dois répondre d'un mot que même dans les travaux des auteurs qui ont le moins voulu établir des relations d'étiologie ou de nature entre les altérations de l'intestin et de l'organe hépatique, on constate par l'examen des faits que lorsque l'intestin est altéré il y a bien des chances pour que le foie ne soit pas à l'état d'intégrité. Il faut dire cependant en revanche que les auteurs ont varié dans d'assez grandes limites lorsqu'il s'est agi de déterminer combien de fois le foie est atteint dans un nombre donné de dysenteries.

Pour ma part je suis, on le pressent, disposé à considérer le foie comme toujours atteint plus ou moins dans la dysenterie,

et je pense que si dans un certain nombre de cas cette atteinte est assez limitée ou assez bénigne pour pouvoir passer inaperçue dans la pratique courante, toujours en cherchant avec soin l'investigation poussée suffisamment loin est capable de montrer que la lésion hépatique joue le rôle le plus considérable dans la production de la maladie. Ce que je viens de dire là justifie les longs détails dans lesquels je vais entrer au sujet de l'anatomie pathologique du foie.

Sur 411 observations complètes de dysenterie suivie de mort que j'ai recueillies au Sénégal, j'ai trouvé les proportions suivantes : foie paraissant sain à l'œil nu, 98 fois, soit 23 p. 0/0 ; — foie malade d'une manière indéniable, 313 fois, soit 77 p. 0/0 ; — et dans ces 313 cas où le foie était évidemment malade je l'ai trouvé :

Hypertrophié, ramolli ou congestionné .	123,	soit 39 p. 0/0
Abcédé	143,	— 46 —
Seulement décoloré.	29,	— 9 —
Atrophié ou cirrhotique	18,	— 6 —

A la Martinique j'ai trouvé très sensiblement les mêmes proportions ; et enfin je dois ajouter que, même alors que l'œil nu ne semblait indiquer aucune altération, j'ai trouvé des lésions anatomiques microscopiques dans le foie des dysentériques toutes les fois que j'ai fait ou fait faire des investigations dans ce sens. Je suis encore, puis-je dire, à chercher un cas de dysenterie confirmée dans lequel à l'autopsie le microscope sinon l'œil n'a pas trouvé d'altération du foie.

Pour comprendre plus facilement la nature et la signification des diverses altérations pathologiques que l'on peut rencontrer dans le foie des individus atteints de dysenterie, il est utile de dire un mot de l'anatomie normale du viscère, ce que nous allons faire d'une manière extrêmement sommaire et seulement pour fixer les idées, renvoyant pour plus amples rensei-

gnements aux ouvrages classiques qui parlent de l'anatomie descriptive, et spécialement à celui de Fort.

Le foie est la glande la plus volumineuse du corps ; il est situé dans l'abdomen, occupant normalement tout l'hypochondre droit, une grande partie de l'épigastre et s'avançant même quelquefois jusqu'à l'hypochondre gauche, séparé du thorax par le diaphragme dans la concavité duquel il se moule, pour ainsi dire ; placé au-dessus de l'estomac, du duodénum et du côlon transverse, qui lui forme une sorte de coussinet protégé par le bord des fausses côtes droites qu'il ne dépasse guère ou même pas dans l'état normal, ayant au contraire derrière lui la veine cave inférieure, l'œsophage ; allant toucher parfois le sommet du rein droit lorsque son volume s'accroît de haut en bas, tandis qu'il approche jusqu'au contact de la rate dans quelques cas d'augmentation de son diamètre transverse.

Le foie est maintenu dans la position qu'il occupe par les organes précités, entre lesquels il s'insinue, pour ainsi dire, car il semble configuré de manière à remplir les vides que ces viscères laissent entre eux ; mais en outre il est retenu dans des rapports constants à l'aide des replis péritonéaux appelés ligaments du foie, et qui sont au nombre de quatre : 1° le suspenseur ; 2° le coronaire ; 3° et 4° les latéraux. Malgré ces ligaments, le foie est susceptible d'une certaine mobilité et subit des déplacements temporaires ou permanents, suivant les conditions physiologiques ou pathologiques.

Les déplacements temporaires ou physiologiques sont dus aux contractions du diaphragme et des muscles de la paroi abdomino-thoracique, aux variations de volume des diverses parties du tube digestif, de l'utérus chez la femme en état de gestation. Ainsi, suivant qu'on est droit, couché ou assis, en digestion ou à jeun, etc., les rapports de la glande peuvent varier dans quelques étroites limites ; dans le décubitus latéral il éprouve

une sorte de torsion qui paraît entraîner de la gêne et des sensations désagréables chez quelques individus; je ne cite que pour mémoire l'opinion qui dit que lorsqu'il n'est pas bien soutenu par la masse intestinale après l'évacuation d'une selle, par exemple, il tiraille le diaphragme et provoque ainsi le sentiment de la faim.

Les déplacements accidentels ou pathologiques, qui sont permanents ou temporaires, sont variables suivant la cause qui les a produits, et peuvent lui donner des positions et des aspects tout différents de l'état normal : l'empyème, l'ascite, les diverses tumeurs, la contraction, peuvent le porter dans un sens ou dans l'autre, ou bien lui imposer une rotation, une incurvation, etc.

Le foie est le plus volumineux et le plus lourd de tous les viscères, mais il est très difficile de dire d'un mot ou d'un chiffre ses dimensions ou ses proportions relatives. Bien des auteurs ont essayé de s'occuper de cette question sans qu'on ait pu encore avoir des chiffres bien positifs. La raison en est dans ce que le foie subit suivant les âges, les diverses conditions dans lesquelles se trouvent les individus et maintes causes qui ne sont pas toujours parfaitement appréciables, des différences assez considérables dans son poids absolu ou relatif, son volume, etc.

On a cherché maints moyens de déterminer les dimensions du foie, et tandis que les uns ont cherché par des pesées nombreuses à établir le poids moyen, les autres ont pensé qu'il était plus exact de rapporter ce poids au poids total du cadavre; cette dernière méthode sourit à l'œil de prime abord, mais on s'aperçoit bientôt qu'elle est aussi aléatoire que l'autre, au moins dans la pratique, car suivant que l'individu était infiltré ou sec, très musclé ou peu charnu, à état de maigreur semblable, qu'il a des os plus ou moins volumineux, etc., on voit les

proportions changer. Si on songe d'autre part que ce n'est pas chose facile de peser un cadavre dans tous les amphithéâtres, pour la raison qu'on n'a pas le plus souvent de très grosse balance, on arrive à penser que ces tableaux que les auteurs allemands surtout, et en particulier Frérichs, étalent avec complaisance dans leurs travaux, ont moins d'importance et d'utilité pratique qu'on ne croit tout d'abord.

Quoi qu'il en soit, disons d'une manière générale que d'une manière relative le poids du foie diminue du moment où le fœtus a cinq mois environ d'existence jusqu'à la fin de la vie extra-fœtale. D'une manière absolue le poids du foie va en augmentant jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans à peu près, et diminue ensuite de plus en plus à mesure que le sujet avance en âge. Laissons de côté les variations du poids relatif du foie qui ont moins d'importance pour nous ; dans ce moment, ne nous occupons que du poids absolu ; eh bien ! nous dirons que les auteurs ont fixé des chiffres tous différents, ainsi que je l'ai dit dans mon étude sur la fièvre mélanurique (p. 78). (Haller, 1440. — Cruveilher, 1500. — Sappey, 1957. — Rouis, 1750.)

En présence de ces divergences, j'ai voulu chercher moi-même à déterminer le poids moyen du foie chez les individus soumis à mon observation. Ces individus appartiennent, il est vrai, à une classe spéciale d'hommes, car en ma qualité de médecin de la marine, je ne suis appelé à observer que certaines catégories d'individus ; mais cependant, ils peuvent assez bien représenter le poids moyen des adultes mâles de 20 à 35 ans, bien conformés, et voici les résultats auxquels je suis arrivé :

TABLEAU du poids moyen du foie des militaires et marins du département de la marine aux différents âges quand ils sont en France (en supposant que le cadavre entier pèse 60 kilog.).

AGE	POIDS DU FOIE	POIDS MOYEN DE LA PÉRIODE DE SERVICE DES MILITAIRES
20 ans	1900	1794 gr.
25 —	1850	
30 —	1820	
35 —	1750	
40 —	1650	
45 —	1600	
50 —	1500	
55 —	1400	
60 —	1400	

Si le lecteur veut bien se reporter à ce que je disais dans mon étude sur la fièvre bilieuse mélanurique (p. 79), que le poids moyen que j'ai trouvé au Sénégal pour le foie est de 1796 gr., il trouvera qu'il y a une différence très minime entre le poids physiologique du foie trouvé en France et celui que j'ai obtenu dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée, si minime même qu'on peut la négliger ; et ainsi se trouve justifié ce que je disais (p. 80), que, contrairement à ce que nombre d'aueurs ont écrit, il m'a toujours semblé que l'individu qui n'est pas atteint d'hépatite n'a pas un foie plus volumineux au Sénégal qu'ailleurs, même après un séjour de plusieurs années.

Pour avoir une idée aussi bien arrêtée que possible dans l'état actuel de nos connaissances sur les lésions que l'on peut rencontrer dans le foie chez les individus morts de dysenterie, nous devons ne pas arrêter là notre étude sommaire sur l'anatomie normale du foie, mais encore chercher à présenter un bref exposé de la composition histologique de l'organe. Et tout d'abord disons, pour donner une idée générale des modifica-

tions que l'on peut rencontrer dans la forme, le volume du foie sain, comme le nombre et la variété des lésions que peut présenter le foie malade, que cet organe est traversé par un riche appareil vasculaire dont le courant est extrêmement variable et change brusquement d'intensité et de volume ; même à l'état physiologique, on peut se faire une bonnne idée de sa structure, dit Fort (*loc. cit.*, p. 457), en comparant cet organe à un vaste réseau capillaire dans les mailles duquel seraient disposés les lobules, petites masses polyédriques du volume d'un petit grain de millet.

Chez les animaux, la capsule de Glisson sert de charpente au foie et se retrouve jusque dans ses plus minimes lobules ; mais chez l'homme cette membrane est trop fine et réduite à des proportions telles que nous pouvons ne pas nous en occuper, car elle ne peut limiter à un endroit déterminé soit l'hyperhémie, soit la suppuration qui se développe dans le foie malade.

Le foie peut être considéré d'une manière schématique comme constitué par un amas d'acini semblables les uns aux autres et entourés d'un riche réseau vasculaire qui appartient à la veine porte et à l'artère hépatique pour le système afférent, constitué par la veine sus-hépatique et le canal biliaire pour le système efférent ; de sorte que si nous avons une idée arrêtée sur la forme et la disposition d'un acinus d'une part, sur les rapports des divers canaux avec lui de l'autre, nous savons tout ce qu'il nous faut savoir dans le moment actuel.

Or disons que l'acinus hépatique peut être représenté par une figure sphérique ou un peu olivaire, de telle sorte que les acini ont entre eux les rapports qu'auraient des billes ou des noix enfermées dans un sac.

La veine porte et l'artère hépatique venues nous savons d'où,

se divisent et se subdivisent de manière à venir fournir des ramuscules qui entourent l'acinus à la périphérie duquel ces ramuscules rampent et finissent par pénétrer quand ils sont devenus suffisamment ténus dans le susdit acinus, dont ils mouillent la substance de proche en proche, de la portion concentrique vers le centre. Nous avons donc ainsi très facilement une première idée de la manière dont le foie reçoit le sang qu'il est chargé de modifier dans sa fonction physiologique, et il nous faut maintenant étudier comment est disposé l'acinus dans son intérieur, comment se comporte le liquide pour le traverser et arriver dans les gros troncs des veines sus-hépatiques qui le conduiront en passant par les espaces inter-acineux jusqu'au dehors de la glande.

Eh bien, l'acinus hépatique est un peu comme un corps sphérique, le fruit du platane par exemple, dont le centre et le pétiole seraient constitués par la veine sus-hépatique, de telle sorte que les dernières ramifications de cette veine sus-hépatique seraient comme la charpente de l'acinus.

L'acinus hépatique est de forme pseudosphérique allongée ou plus ou moins polyédrique ; supposons-le sphérique pour en avoir une idée schématique ; il porte à son centre la vénule sus-hépatique centrale, qui reçoit des capillaires convergeant vers elle d'une manière régulière de la périphérie au centre constituant par leurs anastomoses et leur convergence des mailles rectangulaires qui font que la charpente de l'acinus hépatique ressemble, quand on en fait une coupe et qu'on regarde la tranche, à une roue dont le moyeu serait la veine centrale sus-hépatique ; les rayons, les capillaires qui y aboutissent. Mais pour que l'analogie soit complète, il faut admettre que tous les rayons de la tranche que nous obtenons par la coupe, c'est-à-dire les jantes de la roue, ne sont pas rectilignes et ne vont pas de la périphérie au centre,

qu'ils se divisent et se subdivisent de manière à rester à peu près toujours parallèles l'une à l'autre, de plus qu'ils communiquent parfois entre eux transversalement.

La charpente de l'acinus étant constituée ainsi, les vides sont remplis par des cellules qui sont, par le fait de leur juxtaposition avec leurs congénères et les vaisssaux du foie, de forme assez régulièrement quoique obscurément polyédrique.

En supposant que la cellule hépatique schématique est un cube, nous devons lui reconnaître six faces qui sont sur une coupe déposée sur le porte-objet du microcope disposées de la manière suivante : deux parallèles à l'horizon et quatre perpendiculaires à cet horizon. Nous pouvons appeler ces dernières la face interne qui regarde la vésicule centrale, la face externe qui regarde la périphérie de l'acinus les deux faces latérales qui regardent à droite et à gauche.

Eh bien ! la cellule hépatique ainsi constituée est en contact par deux faces, qui sont la droite ou la gauche, d'une part l'interne, c'est-à-dire celle qui regarde vers le centre, d'autre part avec le capillaire, qui va vers la vésicule centrale, les deux autres sont en contact immédiat avec d'autres cellules semblables à elle-même.

Quant aux deux autres faces restantes parallèles à l'horizon et que nous pouvons appeler supérieure et inférieure, elles sont séparées de la face correspondante de la cellule qui est au-dessus ou au-dessous de la rangée qui nous occupe par des canaux intercellulaires qui forment un réseau distinct très fin, n'approchant pas du réseau vasculaire qui fait la charpente de l'acinus et allant par réunion plus ou moins dichotomique de ses diverses branches d'origine constituer les canalicules biliaires.

Les canalicules biliaires arrivés à la périphérie de l'acinus

s'anastomosent encore pour former des canaux biliaires qui ramperont désormais dans les espaces inter-acineux à côté de l'artère hépatique et de la veine porte, et là tous ces éléments vasculaires sont séparés des acini qu'ils avoisinent par du tissu conjonctif lâche qui se continue sans interruption avec le tissu conjonctif sous-séreux du péritoine qu'on a appelé la membrane de Glisson.

Envisagée comme nous venons de le faire, la cellule hépatique peut être considérée isolément comme un petit organe modificateur du sang qui reçoit le liquide apporté par la veine porte par sa face périphérique, et qui provoque un dédoublement de ce liquide, de telle sorte que la portion biliaire du sang porte va gagner la face supérieure ou inférieure de la tranche que nous avons sur la surface du porte-objet pour se rendre dans les canalicules biliaires, tandis que la portion qui reste, sanguine et épurée, gagne la face tournée vers le centre pour atteindre les radicules de la veine sus-hépatique et arriver ainsi dans l'axe même de l'acinus.

Les vésicules intralobulaires de la veine sus-hépatique occupent le milieu des acini du foie, et par conséquent occupent à peu près la place qui dans les autres glandes est dévolue au conduit excréteur ; elles sortent donc chacune de son acinus respectif, s'anastomosent pour former des troncs de plus en plus gros, et arrivent ainsi à sortir de l'organe pour aller se jeter dans la veine cave supérieure.

Quelques auteurs ont proposé ce moyen schématique de se souvenir de la disposition de la circulation dans l'acinus hépatique : l'acinus est une figure formée par trois cercles concentriques ; la veine porte se distribue dans le plus extérieur ; l'artère hépatique dans la zone moyenne, et la veine sus-hépatique dans la zone centrale.

Les cellules hépatiques sont susceptibles d'augmentation et

de diminution dans leur volume, suivant que l'individu porte une hypertrophie simple ou une atrophie de l'organe hépatique.

Nous pouvons maintenant, avec les quelques données sommaires d'anatomie normale que nous possédons sur l'organe hépatique, et que j'ai empruntées surtout à l'excellent livre de Fort; entreprendre l'étude des lésions qu'on trouve dans sa substance dans les cas d'hépatite consécutive à la dysenterie. Pour présenter d'une manière aussi claire que possible l'exposé de ces altérations nous allons passer en revue les divers appareils organiques de l'individu, ce qui nous permettra d'apprécier leur importance au point de vue de la symptomatologie de la maladie et surtout de la thérapeutique, qui peut souvent, répétons-le, puiser dans la connaissance de l'anatomie pathologique de très heureuses inspirations.

Volume du foie atteint d'hépatite

Le volume du foie éprouve une modification quand il devient malade dans le cours de la dysenterie, et on peut dire d'une manière générale qu'il est augmenté. Nous expliquerons tantôt comment il se peut qu'il ait paru au contraire diminué dans certaines rares circonstances : ici encore nous devons faire la distinction des deux périodes de la maladie : *A.* période d'hyperhémie ; *B.* période de suppuration.

Pour la première période, il n'y a pas d'hésitation à avoir: d'une part les observateurs ont constaté que la règle très générale est l'augmentation. Haspel (p. 230), entre autres, est très explicite à ce sujet; d'autre part l'idée que nous nous faisons de l'hyperhémie active du foie entraîne comme conséquence l'idée de l'augmentation temporaire au moins, sinon permanente, du volume du foie dans les premiers temps, et bientôt après d'une augmentation permanente par le fait

de l'hyperplasie qu'a subi le foie ainsi hyperhémié pendant un certain temps.

Pour la seconde période, l'esprit pense que les conditions ne doivent pas être changées, mais cependant nous devons tenir un très grand compte des faits, et il faut par conséquent rappeler que Dutrouleau a trouvé que sur 66 cas qu'il avait observés, il y avait eu 59 augmentations, soit 90 p. 0/0, deux diminutions, soit 3 p. 0/0, cinq volumes normaux, soit 7 p. 0/0.

Rouis est arrivé à des résultats un peu différents, puisque sur 101 autopsies il a trouvé 70 p. 0/0, d'augmentation, 3 p. 0/0 de diminution, et 28 p. 0/0 de volumes normaux.

J'ai à mon tour voulu faire les mêmes recherches, et j ai trouvé que sur 125 autopsies,

Le volume était augmenté.	106	— 84 p. 0/0
— diminué	3	— 3 —
— sans changement	16	— 13 —

Quelles sont les conclusions à tirer d'un pareil rapprochement de chiffres ? Assurément la première et la plus justifiée, c'est que le foie atteint d'abcès est en général augmenté de volume 70, 90, 84 p. 0/0 : c'est une moyenne de 80 p. 0/0, soit plus de quatre fois sur cinq. J'ajouterai que dans 41 pondérations que j'ai relevées dans mes observations, la moyenne a été de 2888 gr. les chiffres extrêmes étant 3160 gr. une fois, 3580 gr. et 3820 gr. deux fois.

La diminution a été notée dans trois observations, ai-je dit ; elle est très minime, et quoiqu'elle n'entre que pour le 3 p. 0/0, j'ai voulu voir dans quelles conditions se trouvaient ceux de mes sujets qui avaient présenté cette diminution.

J'ai trouvé que le premier est un spahis ayant passé longtemps en Algérie avant de venir au Sénégal, buveur d'absinthe déterminé ; il entra le 22 mars 1869 à l'hôpital de Saint-Louis

Saint-Louis pour y mourir le 14 juin, présentant les symptômes d'une diarrhée chronique et d'une infiltration des membres inférieurs. A l'autopsie on trouva que le foie, diminué de volume (1520 gr.), était cirrhotique et de plus contenait trois vastes abcès dont un s'était ouvert dans la plèvre en perforant le diaphragme; l'autre s'était ouvert dans le péritoine et avait déterminé une péritonite aiguë qui avait emporté le sujet en vingt-quatre heures; le gros intestin présentait les lésions ordinaires de la dysenterie.

Le second est fourni par un soldat d'infanterie n'ayant que cinq mois de séjour au Sénégal, mais étant arrivé de France avec des chancres qui avaient nécessité un traitement mercuriel de deux mois. Il entra à l'hopital le 31 janvier 1864 pour la dysenterie, et succomba le 8 février. A l'autopsie on trouva une maigreur extrême, le thorax sain, un énorme abcès contenant 1720 gr. de pus qui avait transformé tout le lobe droit du foie en une poche purulente s'étendant jusqu'au lobule de Spigel et même un peu dans le lobe gauche; le restant du tissu du foie était pâle, ramolli, mais contenant peu de sang; le pus était entièrement écoulé; la glande hépatique pesait encore 1740 gr. Lésions de la dysenterie, rate saine.

Enfin le troisième fait est celui d'un disciplinaire, âgé de 34 ans, alcoolique ayant séjourné longtemps en Algérie, habitant le Sénégal depuis 20 mois, ayant eu très fréquemment la dysenterie et des phénomènes d'hépatite, pris tout à coup le 26 février de péritonite et succombant le 5 avril. Le cadavre était très émacié et portait un abdomen très développé, avait le thorax sain. Son foie ne pesait que 1 160 gr. et était cirrhotique, son tissu était friable, le lobe gauche contenait un abcès de 500 gr. entouré d'une pyogénique bien délimitée. Cet abcès s'était ouvert dans le péri-

toine et avait été la cause des accidents de péritonite qui avaient occasionné la mort. Rate friable, peu ancrée, 10 litres de sérosité purulente dans le péritoine, traces d'inflammation de la séreuse, lésions de la dysenterie au gros intestin.

Dans les trois cas que j'ai pu ainsi suivre, il est manifeste que deux fois l'organe hépatique était atteint de cirrhose alcoolique, et comme dans le troisième nous trouvons 1740 gr. pour un sujet extrêmement amaigri, nous pourrions admettre que ce n'est pas là une véritable diminution ; ce qui nous porterait à la conclusion que le foie n'est diminué de volume dans le cas d'hépatite dysentérique que lorsqu'il était primitivement très diminué déjà.

Restent alors les cas où le volume n'a pas été changé, cas qui sont de 7 p. 0/0 (Haspel), 28 p. 0/0 (Rouis), 16 p. 0/0 (l'auteur); moyenne 17 p. 0/0. En étudiant à ce point de vue les observations prises dans les hôpitaux du Sénégal, j'ai trouvé qu'elles pouvaient se ranger en trois catégories distinctes : 1° cas dans lesquels le foie paraissait atteint d'un commencement de cirrhose ; 2° cas dans lesquels le foie paraissait avoir été détruit en notable partie par la suppuration ; 3° cas dans lesquels le sujet était d'une très petite taille ou bien était réduit à une maigreur et un marasme extrêmes.

La première catégorie rentre naturellement dans les cas de cirrhose dont nous avons parlé et nous permet de ne pas changer la teneur de la conclusion : à savoir que le volume du foie atteint d'hépatite est toujours augmenté quand l'organe n'était pas au préalable atteint d'une maladie qui diminue son poids (cirrhose).

La seconde catégorie ne peut prouver rien contre l'hypothèse d'une augmentation du volume du foie comme règle ordinaire de l'hépatite ; car on peut dire que si une portion du

foie n'avait pas été détruite par la suppuration, l'organe aurait été plus volumineux qu'à l'état physiologique.

Pour la troisième catégorie nous pouvons dire que la diminution relative du foie est en rapport avec la maigreur du sujet, d'autant que dans ce cas le foie était encore dans les environs de 1750 à 1850 gr. De sorte que nous arrivons en fin de compte, après ces éliminations et ces catégorisations, à penser que le foie atteint d'hépatite dysentérique a pour caractéristique ordinaire une augmentation de volume, et que les faits de conservation apparente du poids physiologique ne constituent pas une exception à cette loi. Quant aux faits de cirrhose, il est manifeste qu'ils ne sauraient lui être opposés; en effet, rien ne nous prouve qu'avant d'être atteint d'hépatite un foie cirrhotique qui a été trouvé à l'autopsie peser 1160 gr. n'avait pas le poids de 900 ou 1000 gr. ; de sorte que malgré la faiblese absolue du chiffre, l'hépatite pourrait bien dans ce cas s'être manifestée comme dans les autres par une augmentation sensible.

Consistance du foie

Le foie atteint d'hépatite dans le cours de la dysenterie a sa consistance diminuée. Dutrouleau, voulant juger la question par l'observation, trouva sur 50 cas que le tissu n'était densifié que 20 fois p. 0/0. Si nous faisons la part des cas où cette densfication est le fait d'une ancienne cirrhose au milieu de laquelle s'est développé un abcès du foie, nous arrivons à penser que 9 fois sur 10 à peu près le tissu du foie atteint d'hépatite est ramolli, et que ce n'est qu'assez rarement, lorsqu'il s'agit d'un foie qui a été le siège d'une irritation chronique longtemps avant de présenter une inflammation aiguë, que nous trouvons cette densification.

En général, non seulement la consistance est diminuée,

mais le tissu est devenu plus friable ; de sorte qu'en pressant avec le bout du doigt perpendiculairement à la coupe on pénètre plus ou moins profondément par une sorte d'écrasement du tissu, absolument comme cela arrive quand on presse une portion de pomme ou de poire qui s'est gâtée et qui a la couleur brunâtre que tout le monde connaît bien.

ASPECT EXTÉRIEUR DU FOIE

L'aspect extérieur du foie atteint d'hépatite varie suivant la période de la maladie, en effet, quand la maladie est bornée encore à une simple hyperhémie de tout ou d'une seule partie de l'organe, il est naturel que l'aspect ne soit pas le même que quand elle est arrivée à la période de suppuration, et on admet à priori que cet aspect doit varier suivant un certain nombre de facteurs différents. Cependant nous devons avouer dès le début que, bien que constatées très positivement, les différences d'aspect extérieur du foie malade ne sont pas encore appréciées à leur valeur véritable ; on n'a pas encore saisi la signification exacte des divers aspects que l'on rencontre à l'autopsie. De sorte qu'on en est réduit encore à dire que dans certains cas on peut croire à première vue qu'il y a de profondes altérations, alors que la coupe de l'organe ne révèle rien de bien extraordinaire ; tandis, au contraire, que dans certains autres cas un aspect extérieur qui paraît normal de prime abord cache les désordres les plus profonds.

Ayant fait ainsi dès le début la part de l'insuffisance de nos connaissances et des exceptions, nous devons dire cependant que dans les conditions ordinaires on voit à l'extérieur certaines dispositions en rapport avec le degré d'altération de la glande hépatique.

Période d'hyperhémie

Lorsque le foie n'est encore le siège que d'une hyperhémie ou d'une congestion primitive, on constate souvent à l'œil une teinte un peu plus foncée qu'à l'état normal.

Dans quelques cas le foie paraît manifestement turgescent, et les côtes contre lesquelles il est appliqué avec plus de force par le fait de son développement plus grand laissent sur sa périphérie comme l'empreinte de sillons parallèles dont la cause est facilement appréciée.

On voit parfois des marbrures ecchymotiques sur la surface du foie ou des taches d'un brun plus intense et d'une étendue plus ou moins grande.

Il faut tenir compte, pour l'exacte appréciation de la situation, des différences d'aspect que présente le foie, des individus dans nombre de circonstances; ainsi, par exemple, l'Européen jeune, sobre, qui arrive d'Europe vierge de paludisme, d'habitudes alcooliques, de long séjour dans les régions tropicales, aura un foie marron plus clair que celui qui a eu déjà de fréquentes ou de profondes atteintes de fièvre, ou bien qui, ayant passé un temps assez long déjà dans les colonies, a depuis longtemps une tendance à la congestion hépatique et par conséquent à une imprégnation sanguine plus grande du foie. Par contre, celui qui doit à des habitudes d'alcoolisme un commencement de cirrhose ou d'état gras du foie, porte une glande moins gorgée de sang: de sorte que la première période de l'hépatite comme d'ailleurs toutes les phases de la maladie présentent pour une même intensité des différences très notables, suivant divers facteurs étrangers à l'hépatite elle-même.

La conclusion de tout ce que je viens de dire est que nous sommes encore fort peu avancés sur la question qui nous

occupe actuellement: j'en fais de nouveau l'aveu, et au fond l'importance est heureusement ici assez secondaire.

Période de suppuration

Le foie atteint d'abcès présente des aspects très divers suivant nombre de cas, et il est difficile d'en faire l'exposition sans admettre de très nombreuses catégories.

Dans certains cas qui sont loin d'être rares, on ne voit à l'extérieur aucune lésion, aucune altération qui puisse indiquer l'existence d'un abcès; ce n'est qu'en incisant l'organe qu'on découvre les désordres. Dans ces circonstances, on a affaire très généralement à des abcès assez peu volumineux en général, et il faut dire aussi que, dans ces cas, la mort n'est pas due à l'hépatite elle-même, dans la grande majorité des cas.

Dans quelques circonstances, la surface extérieure du foie, de couleur brun assez clair, est parsemée d'une plus ou moins grande quantité de petites pustules grisâtres qui lui donnent un aspect verruqueux et mamelonné. J'ai vu une dizaine de cas de ce genre; en incisant ces pustules on trouvait qu'elles étaient formées par de petits abcès gros comme une noisette, et siégeant tout à fait à la périphérie de l'organe, ayant pour paroi externe la capsule de Glisson un peu épaissie, et contenant un pus crémeux ou grisâtre.

Dans nombre de cas, le foie paraît à première vue partagé en deux portions très différentes d'aspect et très variables d'étendue. D'un côté, et c'est habituellement à gauche, l'organe apparaît avec sa coloration normale; sur l'autre, au contraire, on voit soit une couleur plus foncée ou plus claire, soit des arborisations plus ou moins nombreuses; toutes dispositions qui, jointes à une élevure de forme hémi-

sphérique, indiquent que c'est là que siège l'altération importante de la maladie.

J'ai vu une fois la couleur du foie malade être uniformément grise, jaunâtre, terne, et l'organe dans ce cas avait l'aspect d'une vessie de cochon remplie d'un liquide gris brunâtre. Dans ce cas, tout le lobe droit était transformé en une énorme coque fibreuse purulente.

Assurément, le lecteur trouvera que cette spécification de l'aspect extérieur du foie malade est très vague et très obscure, puisque nous disons qu'on peut la trouver parfaitement semblable à l'état normal, plus ou moins altérée, très différente de l'état de santé. C'est qu'en effet il n'y pas autre chose à formuler. Cependant nous devons ajouter que, dans la grande majorité des cas, l'aspect extérieur révèle déjà l'altération de l'organe, que c'est dans la très grande exception que cet aspect extérieur est normal, et nous fixons ainsi davantage les idées, tout en mettant en garde contre les anomalies.

Lorsqu'un abcès a siégé à la partie antérieure du foie et a guéri, on voit parfois, à première inspection, la cicatrice qui est plus ou moins marquée réduite souvent à l'état d'une ligne ou d'une étoile fibreuse. Nous n'avons qu'à signaler le fait, que nous étudierons plus en détail quand nous nous occuperons des abcès cicatrisés.

En parlant de l'aspect extérieur du foie atteint d'hépatite, nous devons dire un mot des altérations que peut présenter la capsule de Glisson ; nous aurions dû même, peut-être, en parler précédemment quand nous avons étudié les altérations du péritoine. Mais il nous a semblé qu'il était préférable de ne nous en occuper qu'après avoir décrit cet aspect extérieur.

Dans les cas d'hyperhémie commençante ou restée dans les

limites convenables, on ne voit rien de bien spécial dans cette capsule ; elle ne subit des modifications que lorsqu'un abcès très proche d'elle lui fait naître des altérations qui dépendent uniquement de son voisinage. Dans ces cas, les points par lesquels la capsule de Glisson se trouve au contact du pus subissent un épaississement assez notable; ils prennent une couleur grisâtre ou blanc laiteux, perdent de leur transparence et arrivent à avoir une résistance, une cohésion qui la rend presque fibro-cartilagineuse, dirait-on. Il n'y a rien d'extraordinaire à cela, et la membrane de Glisson se conduit ici comme toutes les capsules d'enveloppe en des cas analogues.

Entre le pus et la membrane de Glisson il s'établit la membrane pyogénique, qui se forme aussi entre l'abcès et le parenchyme hépatique, de telle sorte que dans ce cas, comme dans les cas d'abcès siégeant dans la profondeur de l'organe, la poche purulente est bientôt close par une enveloppe continue.

La face extérieure de la capsule de Glisson subit en même temps une transformation pathologique évidente, elle perd son poli, se vascularise un peu et devient le siège d'une irritation qui provoque bientôt son adhérence avec le péritoine voisin. Mais nous aurons à parler ultérieurement de ces adhérences plus en détail, de sorte que nous pouvons les signaler seulement dans ce moment.

Finissons en disant que lorsque l'abcès formé depuis longtemps est arrivé à être largement au contact de cette capsule de Glisson, elle subit à son tour une régression moléculaire, qui l'amincit et finit par la perforer, soit qu'elle ait eu le temps d'adhérer avec les parties voisines, soit qu'elle soit restée libre, cas auquel l'épanchement du pus se fait dans le péritoine et entraîne une péritonite suraiguë.

ASPECT INTÉRIEUR DU FOIE

La coloration intérieure du foie diffère dans les plus grandes proportions chez les individus qui ont succombé à l'hépatite, et nous devons nous attendre, par conséquent, à trouver ici les aspects les plus divers. On est même encore très mal fixé sur la signification de plusieurs teintes et de plusieurs dispositions des portions colorées plus en brun ou plus en clair que ce qui est l'état normal. Quoi qu'il en soit, certains observateurs ont avancé que le tissu du foie atteint d'hépatite est plus foncé qu'à l'état physiologique ; d'autres ont dit le contraire, et tous peuvent avoir raison, car Dutrouleau, voulant juger la question par l'observation, est arrivé à trouver sur 49 cas que la couleur était plus foncée dans les 52 p. 0/0, et plus pâle qu'à l'état normal dans les 48 p. 0/0. Ce qui revient à dire que le foie peut être plus ou moins foncé, et c'est aussi ce que l'expérience des faits m'a montré.

Il est très difficile de décrire l'aspect que présente la coupe du foie atteint d'hépatite, tant les différences peuvent être grandes et tant les variétés sont nombreuses. Toutes les descriptions que j'en connais, quoique paraissant parfaitement justes à ceux qui, connaissant la maladie, ne peuvent rien apprendre là-dessus, sont obscures et souvent incompréhensibles pour ceux qui n'ont pas vu le foie malade sur la table de l'amphithéâtre.

On peut établir deux divisions : *A*. Cas dans lesquels le foie semble avoir son tissu intime plus gorgé de sang qu'à l'état normal ; *B*. Cas dans lesquels le foie contient manifestement moins de sang dans son parenchyme. A la première se rattachent toutes les couleurs : brun, marron, violet, rouge, et leurs dérivés bruns ; à la seconde, il faut

rapporter les diverses nuances jaunes. Il arrive assez souvent que le tissu hépatique est assez uniformément plus gorgé de sang dans son parenchyme, d'autres fois qu'il est assez uniformément exsangue. Mais il n'est pas rare que la combinaison des deux états se rencontre sur le même foie, dont un lobe sera plus violet, tandis que l'autre sera plus jaune. De sorte, répétons-le, que toutes les combinaisons les plus diverses peuvent se rencontrer, et qu'il est extrêmement difficile de présenter une exposition claire de ce que l'on voit dans tel ou tel cas.

Nous allons essayer de décrire les aspects que l'on observe le plus souvent ; mais nous devons dès le début établir cette restriction que toutes les combinaisons sont possibles, de sorte qu'avec les divers types que nous allons signaler, on peut former des variétés infinies avec l'assurance qu'elles ont été observées. Après avoir décrit ces divers aspects, nous essaierons d'en donner une théorisation, et nous étudierons ainsi les phénomènes de la suppuration hépatique.

A. Quelquefois la surface est d'une couleur rouge-brun foncé et très uniforme ; on sent que le tissu est gorgé de sang et malade; mais cependant on ne pourrait dire qu'il l'est plus en tel ou tel endroit, ayant partout soit la même dureté, soit le même degré de ramollissement, soit la même friabilité ; cet état se rapproche le plus peut-être de l'aspect physiologique, et comme dans ce cas les poches purulentes ne semblent souvent entourées d'aucune zone de tissu hépatique plus altéré que le restant, on est porté *à priori* à dire que le tissu environnant des abcès paraît peu altéré.

B. Mais la couleur est parfois moins uniforme que ce que nous venons de dire, soit sur toute la tranche du foie, soit sur un ou plusieurs points de cette tranche, et alors on trouve soit des points noirs qui lui donnent l'aspect granité, soit des

marbrures plus noires qui font une sorte de réseau plus foncé autour d'aréoles plus ou moins grandes de ce tissu rouge-brun foncé, soit des taches plus ou moins étendues de ce tissu noirâtre, soit, au contraire, des taches où le tissu semble un peu plus clair de teinte et qui sont rouge-brun, tirant sur le rouge brique ou même sur le rouge jaunâtre.

Ces parties plus noires dont nous venons de parler, qu'elles soient en points, en réseau ou en taches plus ou moins étendues, qu'elles forment ou non des zones de 3 à 5 ^{mm} de largeur, nterposées entre le tissu sain en apparence et des parties plus malades ou des abcès, qu'elles soient parfaitement délimitées par une sorte de ligne anfractueuse ou bien qu'elles se fondent insensiblement avec les autres aspects par des transitions ménagées, sont, dans tous les cas, susceptibles de s'éclaircir beaucoup par le lavage ou par l'injection aqueuse de la veine porte, qui entraîne la matière noire et fait ressortir davantage alors le fond rouge-brun de la teinte. De plus, si à l'aide d'une loupe, ou même à l'œil nu, on cherche à découvrir le contour des lobules du foie aux points où règne cette couleur noire, en suivant autant que c'est possible, de l'œil, le tissu interlobulaire de la glande, on constate que ces lobules sont augmentés de volume et comme turgescents ; que c'est leur périphérie qui est plus noire, au point qu'elle donne une apparence plus tranchée à ces cloisons interlobulaires; enfin que sa cohésion est relativement assez forte. Aussi l'on est autorisé à penser *à priori* que cette coloration noire est due à un dépôt fait par le sang.

Je crois pouvoir rattacher cette coloration noire à ce que l'on a appelé la pigmentation, car, comme dans le foie dit pigmenté, c'est surtout l'appareil porte qui est le plus chargé de cette couleur noire, et dans maintes circonstances, ce que j'ai vu concordait parfaitement avec les descriptions qu'on a faites

de ce foie pigmenté, et notamment celle qu'en donne Frérichs, p. 267 et suivantes.

C. Sur des coupes où l'on voit la disposition noire dont je viens de parler et sur d'autres où cette coloration noire fait défaut, on trouve parfois que le tissu de la glande a l'aspect brun-violet; il est en général plus friable, plus cassant que le tissu normal ou que le tissu uniformément rouge-brun, noirâtre surtout s'il existe au voisinage, au pourtour d'un abcès. Cette coloration brun-violet est due encore à une accumulation du sang, à un dépôt de ses éléments dans la veine porte, car le lavage du tissu et surtout l'injection d'une assez grande quantité d'eau dans la veine porte éclaircissent très notablement cette couleur, amoindrissant la teinte violette pour faire saillir davantage le reflet rougeâtre.

Ici c'est le centre du lobule qui est d'une couleur plus foncée que la périphérie, tant qu'on n'a pas pratiqué le lavage, et comme les contours de ce lobule sont moins accusés à cause du phénomène d'optique qu'entraîne la disposition que nous signalons, il s'ensuit qu'on a plus de difficulté à apprécier les limites de ces lobules, qui paraissent plus petits que lorsqu'ils sont entourés d'une ligne plus foncée sur un centre plus clair.

Lorsqu'on examine le tissu brun-violet autour d'un abcès muni d'une enveloppe pyogénique très bien organisée, c'est-à-dire sur un tissu hépatique malade depuis assez longtemps, il est plus dur, plus cohérent, que lorsqu'on l'observe sur un abcès diffus et dont l'origine semble plus récente. Dans les vieux abcès, elle prend une ténacité et une densité qui le rapproche de celle de la couche corticale du rein, comme le fait très bien observer Rouis ; et remarquons avec lui que dans ce cas le lavage éclaircit très peu la coloration, que la teinte violette est plus uniforme, rendant les divers éléments constitutifs

du lobule moins distincts les uns des autres. Je rattache encore cette coloration à la pigmentation du foie.

On trouve parfois des plaques très étendues de cette coloration brun-violet dans les coupes du foie, soit qu'il y ait abcès ou non, et il n'est pas rare que ces plaques aient quatre, six et même huit centimètres de diamètre, se trouvant très nettement délimitées du tissu sain ou se fondant avec lui par des gradations insensibles.

D. Sur un fond qui peut être rouge-marron ou rouge foncé, avec ou sans taches noires, on trouve parfois à la coupe des plaques violacées ou lie de vin, qui tranchent sur le restant de l'organe d'une manière très apparente, aussi apparente, par exemple, qu'une tache d'huile sur une étoffe. Le tissu violacé est là ramolli ou friable, parfois réduit à la consistance de beurre ou d'une bouillie ; on dirait même dans quelques cas qu'il y a eu épanchement du sang dans le tissu, une véritable apoplexie.

On trouve plus particulièrement ce tissu dans les régions qui subissent la transformation purulente d'une manière rapide, et c'est dans les cas où l'hépatite avait marché d'une manière accélérée avec grand appareil réactionnel fébrile, depuis l'atteinte jusqu'à la mort, que je l'ai rencontré de préférence.

Cette teinte lie de vin alterne parfois avec une coloration bleuâtre, d'autres fois avec une coloration jaunâtre du restant du foie ; elle est limitée généralement par un bord festonné des portions qui paraissent être restées relativement saines.

E. Quelquefois le tissu hépatique a une coloration plus pâle qu'à l'état normal et paraît contenir sensiblement moins de sang. Ici encore nous trouvons les variétés les plus grandes et les plus diverses ; on dirait que toutes les combinaisons possibles veulent se présenter à la vue.

La couleur varie du rouge jaunâtre ou du marron jaunâtre au jaune ocreux, chamois, jaune d'or, jaune pâle, en un mot, toutes

les teintes du jaune au marron, et cela d'une manière uniforme ou bien avec des alternatives de nuances, des îlots de coloration plus marron, plus rougeâtres, plus brunâtres, ou même des portions où le foie paraît être resté à l'état normal.

Les partie jaunes du foie altéré sont, en général, plus molles ou plus friables que dans l'état normal ; la mollesse peut même aller jusqu'à la consistance d'un beurre peu dense.

Cette coloration jaune du foie coïncide en général avec un état de vacuité des radicules portes, car la veine de ce nom ne renferme plus de sang que dans ses divisions assez volumineuses.

Les artères et les veines sus-hépatiques ne sont pas altérées dans son épaisseur ; mais comme elles renferment moins de sang et un moindre calibre que la veine porte, on comprend que le tissu paraisse moins imbibé de sang dans le cas pré sent.

Si on cherche à délimiter par l'œil les lobules hépatiques, on voit qu'ils semblent plus volumineux qu'à l'état normal, et que leur réseau interstitiel est aussi plus développé, disposition qui n'est cependant qu'un effet d'optique dû à la teinte que présente le tissu.

Lorsque le tissu jaune existe à l'état de plaques dans un parenchyme d'apparence normale par ailleurs, il est en général peu étendu et souvent ne constitue que de petites bandelettes de deux millimètres à un centimètre de largeur, enchevêtrées avec des noyaux où le tissu a la couleur orangée, rouge brique ou brun-violet, et assez mal délimitées pour qu'il soit assez difficile d'établir la démarcation précise entre un aspect et un autre.

Le tissu orangé est très analogue au tissu jaune, il n'en diffère guère que par une accentuation plus forte de l'élément interstitiel qui, au lieu d'être resté séro-celluleux, lâche comme dans

le cas précédent, s'est chargé d'un dépôt plastique rougeâtre qui enveloppe ainsi les lobules comme dans un réseau.

Le tissu orangé se rencontre spécialement dans les points qui ont subi depuis longtemps la transformation jaune au degré le moins avancé, de sorte qu'il paraît être le résultat plus accentué de la même transformation.

F. Le fond de l'organe est parfois d'un jaune grisâtre plus ou moins clair, sur lequel tranche une portion de couleur lie de vin qui fait une zone plus ou moins irrégulière et plus ou moins large autour d'un abcès.

G. Sans parler du cas où le tissu hépatique circonvoisin du point enflammé est cirrhotique, nous pourrions décrire un aspect *muscade*, un tissu couleur *rhubarbe* ; on trouve dans maintes autopsies les expressions couleur rougeâtre, pâle piqueté de jaune, granit, jaunâtre clair, aspect rouge brique granité de jaune, bref une infinité d'appellations qui sont parfaitement exactes si l'on veut, mais qui en somme ne nous apprennent rien de plus précis.

Finissons donc en ajoutant que, quelle que soit d'ailleurs l'apparence générale du tissu du foie atteint d'hépatite, il est à peu près constant que la périphérie du point qui est le siège de la fonte purulente est hyperhémiée de telle sorte qu'en la divisant on voit sourdre une quantité de sang plus grande qu'à l'état normal. Quelquefois le pus, sans être réuni en foyer, se présente comme une infiltration (Haspel, 233) qui ressemblerait assez à une fine éponge emplie de pus, mais c'est là une exception; et nous pouvons arrêter ici la description de l'aspect intérieur que présente le foie atteint d'hépatite.

Si nous arrêtions là notre description des divers aspects que peut présenter la coupe d'un foie atteint d'hépatite, nous laisserions notre étude dans un état incomplet très fâcheux, car nous avons jusqu'ici fourni des documents qui semblent n'avoir aucun lien

entre eux et dont les transitions ne peuvent être appréciées dans leur détail; aussi allons-nous compléter notre exposé par l'étude de la suppuration hépatique qui, en nous familiarisant avec l'allure générale du processus de l'inflammation du foie, nous fera comprendre mieux que ce que nous avons dit jusqu'ici la liaison, la succession et la signification des divers aspects que nous avons énumérés.

PHÉNOMÈNES DE LA SUPPURATION HÉPATIQUE

L'évolution de l'hépatite, considérée au point de vue histologique pur, peut, comme l'ont dit les micrographes, présenter une série de phénomènes qui est toujours la même, tant sous le rapport de leur nombre, que sous celui de leur succession. Mais cependant, si on veut tenir compte non seulement du phénomène intime révélé par le microscope, mais aussi des phénomènes plus généraux et appréciables à la vue simple, on peut dire que la fonte purulente d'une partie du foie malade s'opère d'une manière différente suivant les cas, et qu'il est très difficile d'en faire entrer les particularités dans une description unique. Cependant nous en tracerons les traits principaux, n'ayant pas besoin de rappeler, après ce que nous avons dit, que nombre d'exceptions existent à l'état habituel que nous allons tracer.

Pour apprécier comme il faut l'évolution de l'hépatite, nous devons la diviser en trois périodes, savoir : *A.* La période de début ou d'hyperhémie hépatique ; *B.* La période d'état ou d'infiltration purulente de genèse du pus ; *C.* La période de terminaison ou de la collection du pus en abcès. Nous pourrons, en subdivisant chacune d'elles en phénomènes principaux et en phénomènes secondaires, faire entrer dans notre cadre les détails que comporte la question.

A. PÉRIODE DE DÉBUT

Nous n'avons pas besoin de définir ce que l'on doit entendre par ce titre, mais cependant nous sommes obligés de nous arrêter au premier pas, car tel est le sort de toute question médicale, il faut incessamment la reprendre *ab ovo*, de peur de faire naître des discussions interminables, et encore cette précaution ne garantit pas toujours des malentendus. Ainsi recherchons tout d'abord où commence pour nous l'hépatite, et ce qu'il faut trouver à l'autopsie pour admettre que la phlegmasie du foie est à son début : telle est la première question que nous devons nous poser ici.

Il y a une trentaine d'années Valleix disait, dans son *Traité de pathologie interne*, qu'il ne considérait le foie comme atteint d'hépatite qu'au moment où l'abcès commençait, mais c'était assurément rester sur une réserve injustifiée ; car de même que dans les organes extérieurs, que dans les phlegmons, et en un mot dans toutes les suppurations, il y a une phase initiale où la maladie existe bien positivement et où cependant le pus n'est pas encore formé, de même dans l'hépatite il y a un moment où la glande est malade, bien que l'abcès ne soit pas encore constitué.

Aujourd'hui la question est tranchée, au moins pour le moment; on a vu dans certains pays chauds l'hépatite survenir dans de si fréquentes circonstances pendant la dysenterie, qu'on a admis qu'elle était extrêmement souvent la conséquence de cette inflammation spécifique du gros intestin, et il est naturel de penser que huit fois sur dix, par exemple, le foie déjà irrité, puisque c'est l'altération de sa sécrétion qui a engendré la dysenterie, commence à s'enflammer quand la dysenterie est à son état de grande activité. Je ferai remarquer qu'au Sénégal, en particulier, l'intervention d'un autre élé-

ment, le paludisme, est venu prêtèr un appui à l'élucidation de la question qui nous occupe ici. En effet, nombre de fois on a vu succomber au Sénégal, par le fait de l'explosion d'un accès pernicieux concomitant, un sujet qui était atteint de dysenterie à une période qui n'entraîne pas encore la mort, mais où le foie est déjà atteint ou bien commence à se prendre. Et alors, si on ne s'enferme pas dans ce scepticisme stérile qui veut qu'on n'admette une chose comme possible ou probable que lorsqu'elle a été matériellement démontrée dix fois pour une d'une manière irrécusable, on peut admettre qu'on a vu dans ces cas d'accès pernicieux intercurrents les phénomènes initiaux de l'hépatite. Cette présomption est d'autant plus justifiée qu'on a trouvé dans le foie soupçonné les phénomènes et les altérations que l'on sait pertinemment appartenir au début de l'inflammation suppurative dans des organes où on a pu suivre la marche de la phlegmasie, depuis le commencement jusqu'à la suppuration.

Lésions macroscopiques de la première période

Le plus souvent la couleur du foie est devenue d'un rouge plus intense, tout d'abord, et il n'est pas rare de voir, soit à sa périphérie, soit dans l'épaisseur de son parenchyme, des arborisations, des îlots congestifs, indices non douteux de la congestion ou mieux de l'hyperhémie dont il est le siège.

C'est dans ces cas surtout qu'on a vu le foie appuyer si fortement sur la paroi costale, que sa face antérieure porte l'empreinte des côtes dont j'ai parlé tantôt et qui ont fait des sillons parallèles à l'endroit où elles ont empêché l'expansion de la glande par leur rigidité osseuse. Ce phénomène peut se montrer, il est vrai, à toutes les époques de la phlegmasie hépatique, puisqu'un abcès ou une hypertrophie chronique peuvent entraîner cet accroissement de volume de l'organe; mais on

comprend que néanmoins il doit pouvoir se présenter au début de l'inflammation du foie.

En même temps l'organe devient d'une consistance pâteuse, friable, de telle sorte que si le doigt appuie légèrement sur une tranche de section, il y laisse l'empreinte qu'il laisserait sur du beurre suffisamment mou, tandis que, si on appuie davantage, il pénètre dans le tissu devenu plus friable, en l'écrasant plus facilement que dans l'état normal. La substance est sans élasticité, donnant à la pression une sensation de consistance pâteuse.

Le foie est plus gorgé de sang, ou au moins de sérosité sanguinolente, que dans l'état ordinaire, nouvel indice d'un apport plus considérable de liquide, ou au moins d'une stase plus prolongée de ce liquide dans le parenchyme ; et cette accumulation du sang dans le foie est le phénomène capital, caractéristique, primordial, on peut dire, de l'hépatite. C'est l'*initium* de la phlegmasie, et sous sa dépendance on peut ranger tous les phénomènes qu'on observera désormais dans une corrélation étroite et logique avec lui.

I est impossible, si on veut rester dans le champ des choses rigoureusement démontrées, d'aller plus loin dans la description de cet état d'hyperhémie initiale ; mais les observations microscopiques que nous possédons, ainsi que l'observation des diverses suppurations dont le corps peut être le siège dans des régions plus accessibles à la vue, nous permettent de pousser un peu plus loin la théorisation de cette première période de l'hépatite. Nous n'avons donc aucune peine à admettre que, dans cette première période, il arrive que les vaisseaux sanguins qui avaient à l'état physiologique un volume déterminé ont vu leur diamètre s'accroître par le fait d'une sorte d'atonie qu a permis au sang de se trouver en plus grande quantité là où il était en moindre proportion, et disons que cette ectasie

des vaisseaux est d'autant plus admissible que le microscope a montré les capillaires hépatiques ayant un aspect moniliforme, au lieu d'être cylindrique comme dans l'état physiologique, indice certain d'un accroissement de diamètre qui ne s'est pas fait d'une manière uniforme sur toute la paroi.

Phénomènes microscopiques de la première période de l'hépatite

Si le microscope cherche à déterminer les lésions initiales de la première période de l'hépatite, il constate, comme je viens de le dire, une ectasie des vaisseaux capillaires les plus ténus; c'est au point que les tubes vasculaires qui ne pouvaient physiologiquement admettre dans leur lumière les hématies à cause de la ténuité de leur calibre, sont comme bourrés de globules qui se pressent aux endroits rétrécis, sont un peu plus à l'aise dans les endroits renflés du tube qui a souvent pris l'aspect moniliforme, et il en résulte logiquement un trouble dans la circulation, car il y a des arrêts à chaque instant. Sous l'influence de ces arrêts, il se produit des zones immobiles de globules sanguins, et ces globules entassés, soustraits au mouvement incessant qui est la condition physiologique de leur existence, noircissent, se déchirent, et finissent par disparaître dans le sérum.

Les capillaires, agrandis outre mesure par le fait de leur ectasie, sont naturellement devenus plus minces et par conséquent moins résistants. Aussi, soit qu'on admette qu'ils sont devenus plus poreux, soit que l'on croie qu'ils ont subi de petites déchirures, soit enfin que l'on pense que le sang ainsi laissé plus longtemps qu'il ne faut au contact de la paroi a exercé une action dissolvante sur cette paroi, toujours est-il qu'il y a extravasation du sérum du sang, dont la proportion de fibrine est

augmentée peut-être par la dissolution dans son liquide et des globules et des parois vasculaires, des petits vaisseaux eux-mêmes. Un épanchement fibrineux ou plutôt fibrino-albumineux se répand autour des îlots de substance hépatique, à la périphérie des acini du foie, de sorte que l'on trouve dans la trame bientôt interlobulaire du foie une exsudation interstitielle de lymphe plastique qui est plus ou moins abondante, suivant le degré et la durée de cette hyperhémie du début.

Sous l'influence de cette turgescence vasculaire et de cette exsudation de lymphe plastique qui constituent la première période de l'hépatite, les cellules macérées, pour ainsi dire, subissent des altérations dont la première est ce qu'on a appelé la *tuméfaction trouble*, et qui attiraient sous l'infiltration albumineuse ou adipeuse, suivant certains cas. Mais nous n'avons pas besoin de voir pour le moment plus loin que cette tuméfaction trouble ; nous étudierons les autres états en parlant des périodes ultérieures de la maladie.

La lésion histologique de la tuméfaction trouble consiste dans un agrandissement des cellules et secondairement des acini du foie. Ainsi ces acini semblent plus isolés les uns des autres par le fait d'une sorte d'œdème du tissu conjonctif inter-acineux, et on remarque dans les vaisseaux de ces espaces inter-acineux de longues rangées ou de petits amas irréguliers de noyaux qui sont l'indice d'un état d'irritation proliférative de ces vaisseaux.

Si on examine les acini dans l'état d'inflammation au premier degré qui nous occupe, on constate que les cellules hépatiques sont agrandies et contiennent un plus grand nombre de granulations que dans l'état normal, granulations qui vont en augmentant de nombre, au point de masquer la vue des noyaux de ces cellules hépatiques, dans quelques cas, et qui surtout ont eu pour résultat de déformer la cellule au point qu'on ne voit plus à la coupe ces rangées symétriques et assez élégantes de

cellules juxtaposées très intimement; ces cellules sont plus isolées et placées moins régulièrement.

Il n'est pas sans intérêt de rechercher quel est le trouble apporté dans les fonctions du foie par ce premier degré de l'hyperhémie hépatique qui prélude à l'abcès du foie. Eh bien, quoique nos connaissances sur ce point soient encore très imparfaites, on peut cependant essayer d'en tracer sinon le tableau précis, au moins les principaux linéaments.

La bile est sécrétée en plus grande abondance, et c'est au point que la vésicule ainsi que les principaux canaux biliaires sont souvent gorgés de ce fluide.

Il est probable que bientôt cette bile s'altère dans sa nature, et que les cellules hépatiques, surexcitées morbidement, ne sécrètent pas longtemps un fluide ayant les propriétés et la composition de l'état physiologique. C'est ainsi qu'il y a d'abord excès d'albumine, de pigment et d'eau; mais si l'état maladif se prolonge et se généralise suffisamment, on ne trouvera plus dans la cholécyste qu'un liquide incolore filant, albumineux, tandis que tout d'abord on aurait trouvé, dans le cas d'hyperhémie du foie, les voies biliaires gorgées et turgescentes par la présence d'une bile jaune ou plutôt verte, allant jusqu'au vert noir pour la couleur, à la consistance sirupeuse pour la densité.

Plusieurs observateurs ont cherché s'il y avait du sucre dans les sécrétions ou dans le foie des individus atteints de la première période de l'hépatite, et n'en ont jamais trouvé; je n'ai pas été plus heureux, et c'est qu'en effet la glycogénie hépatique cesse dès qu'il y a un élément pyrétique chez le sujet, et le début de la phlegmasie du foie entraîne rapidement cet état de fièvre capable de tarir la source du sucre.

L'élimination de la cholestérine par le foie paraît ne pas varier tant à la période actuelle qu'à tous les autres degrés de

l'hépatite; on ne l'a pas démontré, que je sache, d'une manière directe encore; mais les phénomènes de cholémie que l'on a rapportés à l'accumulation de la cholestérine dans le sang ne se produisant pas dans l'hépatite, il est rationnel de penser que l'élimination de la cholestérine n'a pas subi d'altération dans l'état que nous étudions.

Pour revenir à l'exsudation fibrino-albumineuse qui résulte de l'hyperhémie du foie, constituant la première période de l'hépatite, nous dirons qu'elle se conduit d'une manière différente suivant le degré et suivant la durée de la production.

En effet, ou bien : 1° elle se résorbe d'abord dans sa portion la plus liquide, puis dans les dernières portions de sa substance, s'étant même en partie organisée et identifiée, pour ainsi dire, temporairement avec le tissu inter-acineux ou interlobulaire, et c'est la condition la plus favorable qui se présente quand l'affection n'a été ni intense ni étendue;

Ou bien : 2° elle se transforme bientôt en pus, ce qui survient dans les fâcheuses conditions de grande étendue de la lésion primitive du foie, d'intensité de cette lésion provoquée par la dysenterie, et aussi des mauvaises prédispositions qui présente le sujet, soit par la raison qu'il suit une mauvaise hygiène, soit pour la raison qu'il est dans un milieu propice aux suppurations hépatiques.

Nous n'avons pas besoin d'étudier ici ce qui se passe lorsque la lymphe plastique épanchée pendant la période d'hyperhémie du foie se résorbe; nous n'avons à envisager que le cas où la suppuration est la conséquence de l'atteinte que vient de subir le foie, et nous arrivons à l'étude de la seconde période ou période de genèse du pus.

Il serait intéressant et peut-être assez important de savoir combien de temps dure la première période de la suppuration hépatique; mais nous devons reconnaître tout d'abord

que, dans l'état actuel de nos connaissances, et probablement pendant longtemps encore, nous ignorerons les détails précis de cette partie de l'histoire de l'hépatite.

B. DEUXIÈME PÉRIODE, GENÈSE DU PUS

On comprend que dans un organe gorgé de sang comme le foie et dans lequel l'exsudation fibrineuse se fait si vite et en si grandes proportions, sous l'influence de l'hyperhémie initiale, la transformation purulente doit survenir rapidement, le pus doit se produire de très bonne heure. Soit qu'on admette avec Pouchet que le pus est le résultat de l'hypergenèse des leucocytes qui apparaissent dans tous les tissus qui souffrent; soit que nous pensions avec Robin que l'exsudat fibrineux contient de fines granulations qui, en l'entourant rapidement d'une enveloppe granuleuse, constituent les globules de pus; soit que nous acceptions la prolifération du tissu conjonctif (Virchow) ou la sécrétion à distance par les glandes lymphatiques circonvoisines (Billrott); toujours est-il que la suppuration ne tarde pas à apparaître dans le tissu hépatique hyperhemié, et ajoutons que la suppuration se rencontre tout d'abord dans le tissu conjonctif des espaces inter-acineux.

Lésions macroscopiques de la seconde période

Lorsque le foie arrive à la seconde période de son inflammation, c'est-à-dire à la période de genèse du pus, on constate nombre de phénomènes spéciaux saisissables à la vue simple; ainsi tout d'abord la coloration, qui était rouge intense, souvent rouge-brun, tend à pâlir, et les portions du foie malade sont mieux encore qu'avant délimitées pour l'œil. Le fond de la partie malade prend une couleur rouge terne sur lequel un

pointillé jaune vif peut être le plus fréquemment nettement distingué.

Disons en passant que si on regarde au microscope ces endroits, on y constate les premiers rudiments du pus, de sorte que ces points jaunes sont en définitive autant de foyers moléculaires de suppuration.

Ces foyers de suppuration moléculaire vont à la rencontre es uns des autres pour constituer par leur réunion les abcès proprement dits, et si la mort est survenue trop tôt, c'est-à-dire si nous obervons le foie peu après le début de la seconde période qui nous occupe, nous trouvons dans le parenchyme hépatique ces noyaux ramollis d'une couleur gris jaunâtre bien décrits par Haspel sous le nom de ramollissement du tissu avec infiltration de pus.

Quelquefois la couleur n'est pas exactement gris jaunâtre ; on a signalé la teinte lilas, la teinte grisâtre, la teinte lie de vin, mais je crois que ce sont des aspects divers du même phénomène, et il est inutile de nous attacher plus longtemps à décrire un aspect qui peut varier parce qu'un peu plus de bile ou un peu plus de sang se trouvera dans le tissu hépatique que l'on observe.

Il est intéressant de se demander combien de temps dure la période qui nous occupe, et il est impossible de répondre d'une manière parfaitement précise jusqu'ici ; mais cependant il est logique d'admettre qu'elle est d'une manière absolue fort courte, car, en effet, la puissance destructive et corrodante du pus doit avoir en peu de temps raison du restant d'intégrité qu'ont pu conserver les portions qui sont à son contact.

Phénomènes microscopiques de la seconde période

C'est, nous l'avons dit, l'*initium* et les premières évolutions de la suppuration hépatique que le microscope révèle dans le cas qui nous occupe, et comme nous l'avons déjà spécifié ainsi, cette suppuration apparaît d'abord dans le tissu conjonctif des espaces inter-acineux, pour la double raison que ces espaces sont plus dilatables que le contenu des acini, et d'autre part que, lorsque la suppuration est le résultat d'un apport de la cause pyémique par la veine porte, c'est là encore que cette cause pyémique arrive tout d'abord avant de pénétrer dans l'intérieur des acini.

Ajoutons que c'est à cette fonte purulente du tissu cellulaire interlobulaire qu'il faut attribuer peut-être l'existence de ces fissures plus ou moins profondes qui se rencontrent dans certains cas d'abcès du foie, au début et alors qu'une membrane pyogénique n'a pas délimité exactement le foyer.

Les acini hépatiques sont assez bien protégés contre l'envahissement de la suppuration par cette membrane conjonctive qui enveloppe les vaisseaux et les sépare des cellules hépatiques restées saines ; ils n'éprouvent qu'une compression mécanique qui en même temps que la disparition du tissu sanguin venu de la veine porte, et qui entretenait ses fonctions physiologiques, provoque leur atrophie progressive.

Le travail de suppuration se passant dans l'espace inter-acineux et ayant pour effet d'augmenter le volume de cet espace en même temps que l'acinus diminue par atrophie, il en résulte bientôt une disposition contraire à l'état sain dans lequel nous disions que les acini étaient comme des noix contenues dans un sac, et bientôt les espaces inter-acineux se présentent sous forme de cavités sphériques remplies plus ou moins de pus et séparées de moins en moins par les masses lobulaires qui vont en disparaissant par atrophie des cellules hépatiques.

C. TROISIÈME PÉRIODE, COLLECTION DU PUS EN ABCÈS

Cette troisième période est plus difficile à exposer que les précédentes dans un travail comme celui-ci. En effet, l'abcès peut être ancien ou récent, unique ou multiple, entouré d'une membrane pyogénique ou non, contenant un pus louable, séreux ou gangréneux, etc. etc., toutes conditions qui établissent des différences considérables entre les diverses variétés et qui font qu'il est assez difficile de faire une énumération complète de toutes les particularités qui peuvent se présenter. Aussi serons-nous obligés de faire des coupures et d'établir des subdivisions nouvelles pour essayer de comprendre toutes les variétés dans notre description.

Abcès récents

Il est probable que l'abcès récent, c'est-à-dire au moment où il est constitué par le rapprochement et la fusion de deux ou plusieurs points de cette suppuration moléculaire dont nous avons parlé précédemment, est constitué par une petite quantité de pus qui se trouve au contact direct de la substance hépatique, laquelle est seulement ramollie et infiltrée de plasma fibrino-albumineux ; mais bientôt il faut établir une distinction entre les abcès, car les uns continuent à s'accroître de proche en proche, détruisant la substance hépatique comme le feu détruit successivement les divers brins de paille d'une meule enflammée ; tantôt, au contraire, une couche fibrineuse, d'abord extrêmement mince, puis plus épaisse, se constitue tout autour de la cavité purulente pour la limiter et l'enkyster.

État du foie dans les portions non abcédées

En même temps qu'on étudiait les abcès du foie dans leurs variétés, leurs formes et toutes leurs particularités, il était intéressant de rechercher quel est l'état de l'organe dans les portions où il n'y a pas d'abcès lorsqu'on fait l'autopsie d'un hépatique. Cet état a été trouvé très différent suivant les observateurs ; ainsi les uns ont vu le tissu du foie parfaitement sain par ailleurs, d'autres l'ont trouvé hyperhémié, ramolli, induré, accru de volume, diminué, etc. etc. ; en un mot, on a trouvé toutes les combinaisons possibles, ce qui porte à formuler à priori que cet état n'a rien d'absolument constant.

NOMBRE DES ABCÈS

Le nombre des abcès que l'on a trouvés dans le foie malade est extrêmement variable, car tantôt il n'en existe qu'un, tantôt, au contraire, on en trouve une quantité si considérable qu'il est presque impossible de les compter tous; on comprend que dans l'intervalle de ces deux extrêmes il y a nombre de cas différents.

Rouis a trouvé pour 146 cas qu'il a analysés les chiffres suivants :

Un seul abcès..	110	75	p. 0/0.
Dèux —	16	11	—
Trois —	4	2	—
Plusieurs —	16	12	—
	146		

Dutrouleau a trouvé pour 66 autopsies :

Un seul abcès..	41	61	p. 0/0.
Deux —	16	24	—
Trois —	5	7	—
Plusieurs —	6	8	—
	68		

En faisant les mêmes recherches, j'ai trouvé, de mon côté, pour 167 cas :

Un seul abcès..	120,	soit	66	p. 0/0.
Deux —	24,	—	14	—
Trois —	12,	—	7	—
Plusieurs —	22,	—	13	—
	178			

Mais cette désignation étant un peu vague, à mon avis, j'ai voulu séparer les cas où l'abcès unique était modérément volumineux, ne dépassait pas 300 ou 500 grammes de pus, par exemple, de ceux où la collection purulente était considérable, et j'ai trouvé alors les chiffres suivants :

Un abcès modérément volumineux.	65 fois,	39 p. 0/0.
— énorme.	43 — ,	26 —
	108	

Dutrouleau avait fait observer avec raison, il y a plusieurs années déjà, que dans les pays tropicaux les vastes collections purulentes sont la règle dans les abcès de foie.

Il arrive parfois qu'il existe dans le foie un abcès volumineux entouré d'une pléiade de petits abcès. Cette disposition avait préoccupé Dutrouleau. M. Foiret a cru que dans ces cas il faut penser qu'une hépatite aiguë est venue s'enter sur l'hépatite primitive passée à l'état chronique (*loc. cit.*, p. 45). Enfin terminons en nous demandant si lorsqu'on trouve le foie percé de petits abcès miliaires, on est en droit de se demander si l'on n'est pas en présence d'une infection purulente ou putride. A ce titre on pourrait penser *à priori* que dans l'hépatite dysentérique les abcès sont plus petits en général que dans l'hépatite climatérique, mais nous ne savons rien de précis à ce sujet.

VOLUME DES ABCÈS

Il n'est pas facile de déterminer d'une manière assez précise le volume des abcès du foie, car hors le cas où le pus est infiltré dans le parenchyme comme dans une éponge, la contenance de la poche ne peut guère être appréciée que par la mensuration du pus qu'on en extrait, et il y a dans cette manière de procéder bien des causes d'erreur; la quantité de pus trouvée est très variable, de quelques grammes à trois et quatre litres. Rouis (obs. 6, p. 279) indique même le chiffre de 4,500. Ce que nous venons de dire tantôt, que les vastes collections purulentes s'observent fréquemment dans les pays chauds, nous porte à penser *à priori* qu'au Sénégal on doit trouver assez souvent beaucoup de pus; je crois que dans la moyenne des cas c'est de 200 à 300 grammes qu'on en peut recueillir; les abcès qui dépassent un litre sont, en somme, une exception.

Les grands abcès que l'on trouve dans le foie sont-ils toujours le résultat de la fusion de plusieurs abcès de plus petit volume, ou bien se sont-ils créés d'une seule pièce? La question a été étudiée par plusieurs observateurs et notamment par Dutrouleau, qui est arrivé à penser que ces abcès volumineux sont le résultat d'une poussée plus intense et plus étendue que celle qu'engendrent les petits.

SIÈGE DES ABCÈS

Pour faire une étude aussi complète que possible de l'hépatite suite de dysenterie, il était naturel de rechercher quel est le point du foie le plus souvent envahi par la suppuration, pour savoir si une partie quelconque de l'organe est plus prédisposée que d'autres à donner naissance à un abcès; aussi

nombre d'observateurs ont-ils noté avec soin le siège de ces abcès d'une manière aussi précise que possible.

Rouis (*loc. cit.*, p. 6) a trouvé que sur 288 individus observés, le travail pyogénique avait envahi les couches culminantes du viscère . . . . . 53 fois.

Les couches antérieures	39 —
— inférieures	46 —
L'extrémité droite.	47 —
Le bord postérieur.	36 —
Les couches profondes	67 —

En ne tenant compte que de la division du viscère en lobes, Rouis a trouvé que le travail morbide a frappé :

Le lobe droit isolément	122	fois,	soit 77	p. 0/0.
— gauche —	3	—	— 2	—
Le lobe droit et le gauche ensemble.	23	—	— 15	—
— et celui de Spigel ensemble.	2	—	— 1	—
Les trois lobes réunis	7	—	— 5	—

En restreignant encore ses spécifications, il a trouvé que :

Le lobe droit a été atteint . . .	154	fois,	soit 78	p. 0/0.
— gauche — . . .	33	—	17	—
— de Spigel — . . .	9	—	5	—

Dutrouleau a trouvé la répartition suivante pour 76 abcès fournis par 66 individus :

Lobe droit. . .	62	fois,	soit 81	p. 0/0
— gauche. .	12	—	— 16	—
— de Spigel.	2	—	— 3	—
	76			

En faisant le calcul sur les mêmes bases, j'ai trouvé de mon côté :

Lobe droit. . .	127 fois,	soit	79	p. 0/0.
— gauche. .	27 —	—	17	—
— de Spigel.	7 —	—	4	—
	161			

Si nous divisons l'organe en face convexe et en face concave, nous avons les proportions suivantes :

	Rouis	Dutrouleau
Face convexe	54	82
— concave. . . .	46	18

Si, au contraire, c'est en bord antérieur et postérieur, nous avons :

Bord antérieur. . . .	52	38
— postérieur . . .	48	62

Dans les observations de Dutrouleau, c'est le grand lobe, la face convexe et le bord postérieur qui sont le plus souvent le siège de l'abcès; pour Rouis, c'est encore le lobe droit.

Il résulte, en définitive, de ces diverses observations que le lobe droit est le plus souvent le siège de l'abcès, mais qu'on ne sait pas encore au juste quelle est la face, quel est le bord qui sont le plus souvent atteints. Ajoutons que Dutrouleau pensait que les abcès du lobe gauche sont les moins fâcheux relativement.

FORME DES ABCÈS

Les abcès du foie observés au point de vue de la forme qu'ils affectent peuvent être rangés en diverses catégories, et il est utile de faire leur classification sous ce rapport, car on peut en tirer quelques enseignements pour la détermination de la manière dont ils se sont produits. Rouis, s'occupant de cette question, les a classés d'une manière

très heureuse sous quatre chefs; il nous a semblé qu'en ajoutant deux autres, nous présenterions plus complètement le bilan des variétés que l'on observe, et c'est donc sa classification à peine un peu modifiée que nous adopterons.

1° Dans une première catégorie, la poche est parfaitement sphérique ou au moins sphéroïdale. Remarquons que c'est surtout quand l'abcès a un petit volume que ses parois sont clairement délimitées du restant du tissu hépatique par une membrane pyogénique bien organisée, et quand son contenu est un pus blanc crémeux, homogène, un pus louable, en un mot. Il y a bien quelques exceptions, c'est-à-dire que dans certains cas l'abcès sphérique est parfaitement délimité par une membrane pyogénique renfermant un pus grumeleux, mal lié, rougeâtre, marron, fétide, etc. etc. Mais ce sont là des exceptions produites par une série de facteurs que nous aurons à étudier ultérieurement; pour le moment, ne faisons attention qu'à la règle commune, qui est, avons-nous dit, la réunion de ces trois conditions : forme arrondie, membrane d'enveloppe bien organisée et continue, pus louable.

2° Dans une seconde catégorie, les parois de l'abcès, quoique n'ayant pas la forme sphérique, sont régulièrement configurées; elles sont la réunion d'une certaine quantité de segments de sphère, et en songeant que ces abcès sont le résultat de la fusion de deux, trois, plusieurs abcès primitivement sphériques, nous n'avons pas besoin d'une plus longue description.

Dans ce cas, l'abcès est naturellement plus volumineux, en général, que dans le cas précédent; mais cependant la chose n'est pas absolue. La collection purulente est entourée, comme dans la première catégorie, par une enveloppe pyogénique bien constituée, mais qui peut présenter malgré sa continuité des différences d'épaisseur et de perfection suivant les endroits, condition facile à comprendre quand nous aurons dit

qu'elle est le résultat de l'accolement et de la fusion de plusieurs abcès d'âge différent.

Enfin ajoutons que dans cette seconde catégorie le pus est généralement blanc et louable; mais plus souvent que dans le cas précédent, on le trouve plus coloré, moins bien élaboré, etc.

3° Dans une troisième catégorie, les anfractuosités de l'abcès sont irrégulières au point qu'on ne peut souvent leur assigner aucune forme géométrique; elles constituent ici une surface plane, là des fissures, de véritables diverticules pyémiques plus ou moins longs, tortueux, qui portent parfois le pus à des distances assez éloignées du foyer principal. Cette irrégularité des parois n'est pas le caractère le plus important; le fait capital de la situation, c'est que l'abcès semble non seulement s'être creusé aux dépens de la substance hépatique, mais être en train de la détruire encore, car cette substance baigne directement dans le pus sans qu'aucune poche pyogénique, aucun intermédiaire vienne la protéger contre l'action envahissante de cette suppuration.

C'est dans cette catégorie que l'on voit les différences les plus grandes dans l'état du pus, qui a les teintes les plus variables allant du blanc au marron par toutes les nuances; que ce pus peut être inodore comme il est souvent fétide, et que, dans nombre de cas, il exhale une véritable odeur de gangrène

4° Une quatrième catégorie qui n'a pas été signalée par Rouis, et que nous croyons cependant indispensable de créer, est celle qui résulte de la réunion de la première ou de la seconde avec la troisième : c'est-à-dire que d'un côté l'abcès présente une forme hémisphérique ou à peu près; ailleurs on voit les anfractuosités dont nous venons de parler. Dans un endroit, on constate facilement l'existence de la membrane pyogénique; dans un autre, on voit parfaitement qu'elle fait défaut.

C'est ici que l'on voit les oppositions les plus marquées dans la constitution du pus, car à côté d'une portion de bonne apparence on voit une portion séreuse, fétide, brunâtre, putride; au milieu d'un liquide crémeux et louable, on voit flotter des détritus évidemment sphacélés, etc.

5° Dans quelques cas que les médecins de l'Algérie ont rencontrés assez rarement, et qui sont notablement plus fréquents au Sénégal, le foie subit en entier ou dans tout son grand lobe la fonte purulente, de sorte qu'il est réduit à une sorte de coque fibreuse qui enveloppe une énorme quantité de pus. Haspel, Rouis, Cambay dans la médecine militaire; Dutrouleau, Thévenot, Delord et dix autres dans la médecine navale, ont signalé des faits de ce genre, et moi-même j'en ai observé de nombreux cas, puisque j'ai dit et j'aurai l'occasion de répéter que sur 164 autopsies où le volume de la fonte purulente était indiqué d'une manière précise, j'ai trouvé que 43 fois cette poche était qualifiée d'énorme, et 10 fois au moins il est positivement dit que la glande hépatique s'était entièrement transformée en abcès.

6° Il faut établir une sixième catégorie pour les cas où les abcès sont nombreux autant que peu volumineux et qu'ils paraissent, par exemple, imprégner de pus la substance hépatique comme un liquide imprègne une éponge; dans ce cas, il n'y a pas de membrane pyogénique, le pus est directement au contact du foie, et il n'est pas rare de le trouver concret et demi-solide, comme les bourbillons d'une infinité de furoncles microscopiques ou comme une exsudation diphtéritique qui aurait envahi le pourtour des lobules.

Si après avoir énuméré les diverses variétés d'abcès que l'on peut rencontrer dans le foie nous cherchons à nous rendre compte de la raison qui leur fait prendre telle ou telle forme, nous arrivons à un point où la question s'éclaire naturellement d'un jour très heureux, et où le mécanisme de la suppuration

hépatique apparaît d'une manière clairement dégagée. En effet, à priori nous admettons sans peine que l'abcès sphérique, entouré d'une membrane pyogénique et contenant un pus crémeux, est celui qui s'est formé dans les conditions les plus simples, les plus favorables pour la conservation de la vie du sujet, et qui existe depuis un temps assez long déjà. Quelle qu'ait été la manière dont il s'est produit, que ce soit une fonte purulente inflammatoire d'une portion limitée du tissu hépatique; que ce soit le résultat d'un arrêt local; une sorte d'embolie des vaisseaux, par suite d'une hyperhémie simplement congestive trop prolongée ou trop intense; ou bien le travail irritatif développé autour d'un globule purulent venu d'ailleurs apporté par la veine porte comme un véritable corps étranger, toujours est-il que l'abcès a été toléré par l'organisme qui a pris, pour ainsi dire, ses précautions vis-à-vis de lui et qui l'a circonscrit d'une membrane pyogénique qui ira en augmentant d'épaisseur et d'organisation avec le temps, et qui, après un temps plus ou moins long, si la conservation de la vie et un bon état de santé le permettent, arrivera à résorber entièrement le pus, c'est-à-dire mènera à la guérison de la manière la plus heureuse et la plus simple.

Nous avons dit tantôt que les abcès de la première catégorie ont en général un pus blanc crémeux, louable en un mot, nous le comprenons facilement maintenant; et pour expliquer le cas où, au contraire, on le trouve séreux ou coloré diversement, nous dirons que c'est l'indice d'une inflammation plus vive, plus instantanée peut-être au début. On peut penser que tout d'abord, alors, une certaine portion du tissu hépatique s'est trouvée sphacélée dans la cavité et a été très heureusement englobée dans le pus, elle s'est trouvée ainsi entourée par la membrane pyogénique formée de bonne heure, et n'a pu ainsi entraîner les fâcheuses conséquences qu'on pouvait en redouter.

Si c'est une coloration anormale qu'on rencontre, on peut l'attribuer à la nature des éléments qui ont donné naissance au pus, à une exsudation sanguine, biliaire dans le foyer au moment de sa formation ou plus tard ; bref, il n'y a rien d'incompréhensible dans cet état.

Nous comprenons sans peine le mécanisme de la formation des abcès de la seconde catégorie ; en effet, supposons trois ou quatre abcès sphériques de petit volume primitivement, et assez voisins l'un de l'autre, dans un point déterminé du foie. Une membrane pyogénique s'est constituée, leur a donné une sorte de vie propre qui consiste dans l'accroissement ou dans la diminution de leur diamètre. S'ils ont de la tendance à s'accroître, ils ont comprimé les portions de tissu hépatique qui se sont trouvées interposées ; cette compression a favorisé l'atrophie au point que les deux membranes pyogéniques se sont accolées, et se résorbant elles-mêmes à leur tour dans les portions qui formaient diaphragme, sont arrivées à une fusion plus ou moins complète.

Ce mécanisme que nous venons de présenter nous fait comprendre, sans que nous ayons besoin d'insister très longuement, que la membrane pyogénique peut présenter des différences d'épaisseur sur les divers points de ces abcès de la seconde catégorie ; en effet, chaque abcès n'a pas une enveloppe d'une égale épaisseur, et après la fusion, l'enveloppe unique est le résultat de l'union de deux poches différentes sous ce rapport ; d'autre part on comprend que l'atrophie des portions lamellaires interposées peut se compliquer de sphacèle, d'une petite hémorrhagie, toutes choses qui réagiront sur la nature du pus.

Si nous voulons y réfléchir un instant, nous voyons que l'ancienneté de ces abcès de la seconde catégorie est plus grande, puisqu'il a fallu d'abord une première période de formation des

abcès distincts, puis une seconde de rapprochement et de fusion des diverses poches ; seconde période qui s'est faite d'une manière insensible et sans nouvelle poussée inflammatoire intercurrente ; nous devons noter ceci et le garder en mémoire, car il ne faut pas oublier que les caractères imprimés aux abcès dans les cas de ces poussées intercurrentes sont très différents de l'état actuel.

Le mécanisme de la formation des abcès de la troisième catégorie ne nous paraît pas non plus incompréhensible : Une portion quelconque du foie est frappée d'une inflammation violente qui aboutit à la fonte purulente, et le travail comparable à un incendie est ici dans toute son activité, en train de détruire l'organe par parties plus ou moins grandes, devant arriver à son absorption complète s'il en a le temps, c'est-à-dire si la rémission ou la mort du sujet ne viennent l'arrêter.

Dans ce cas, les parois de l'abcès sont constituées par le tissu hépatique en voie de fonte purulente et déjà plus ou moins profondément altéré, de sorte qu'il ne peut exister une membrane pyogénique délimitatrice; d'autre part la résistance différente des diverses portions du foie envahies par l'inflammation ou bien la nature de l'élément atteint dans la parenchyme fait qu'on trouve ces anfractuosités capricieuses, ces diverticules plus ou moins longs, ces clapiers tortueux qui font fuser le pus à des distances parfois considérables du foyer primitif.

Le pus, qui est ici un peu comme la mare recevant tous les détritus provenus de la fonte de l'organe, présente naturellement les attributs de cette fonction; il est mal élaboré, louche de couleur, parce qu'il contient des cellules hépatiques et du sang non encore complètement transformés, sans homogénéité, parce que des vaisseaux, des bourbillons gangrénés peuvent se trouver en contact avec la lymphe

plastique décomposée ou le sérum plus ou moins altéré. Bref, il n'est pas nécessaire d'insister longuement pour faire comprendre les raisons de ces caractères variables.

La quatrième catégorie d'abcès tombe facilement sous le sens quand on a décrit les trois précédentes ; en effet, c'est un travail aigu venant s'enter sur un travail déjà ancien relativement et après une période d'intermission qui avait permis à la réparation de se faire autour de la première fonte purulente. Nous n'avons pas besoin d'insister bien longuement sur ce mécanisme parfaitement compréhensible on le voit.

La cinquième catégorie est l'exagération de la première ou de la seconde, on peut dire, et ici le travail de destruction est arrivé à sa limite extrême. Il faut nous entendre sur l'état que l'on rencontre dans les cas qui nous occupent: on dit que le foie est réduit à une coque fibreuse enveloppant un amas de pus. Assurément c'est l'apparence qui résulte du premier examen, mais la substance hépatique est beaucoup moins détruite qu'on n'est porté à le penser, et la preuve c'est qu'après avoir vidé entièrement les clapiers et s'être débarrassé de tout le pus que contient la glande on trouve, quand on recourt à la balance, un poids de 1500 à 1600 grammes. Cela nous montre péremptoirement, quelle que soit la part que l'on fasse à la membrane pyogénique, aux portions fibreuses qui ont plus résisté que le restant de la glande, un chiffre assez élevé encore.

Le pus est en général mal lié dans la catégorie qui nous occupe, et comme dans la quatrième on trouve des différences notables d'aspect dans la même cavité purulente ; la cause est la même que dans cette catégorie, et par conséquent n'a pas besoin de nous arrêter plus longuement.

Dans la sixième catégorie c'est une véritable infection pu-

rulente qui est venue cribler le foie de pus, et ce sont des abcès de la troisième catégorie qui se forment tout d'abord, ne différant de cette sixième que par leur volume plus petit, remplacé par le nombre.

Le pus est d'abord blanc et épais dans la catégorie qui nous occupe, puis il prend, on le comprend, suivant la direction, l'acuité et la rapidité de la marche, des aspects qu peuvent être très différents.

On nous permettra d'être aussi explicite que possible dans notre grand désir d'être clair; aussi, au risque d'être accusé de trop de longueur de description, devons-nous ajouter quelques considérations complémentaires et explicatives de ce que nous venons de présenter. Ainsi nous dirons, par exemple, que quelques abcès munis de membrane pyogénique et dont le pus est crémeux, c'est-à-dire bien élaboré, ont quelquefois une forme anfractueuse et irrégulière qui échappe plus ou moins à la description géométrique. Dans quelle catégorie alors les rangera-t-on ? Eh bien ! c'est dans la première qu'il faut les placer, car ce sont des abcès qui ont primitivement appartenu à la troisième et dans lesquels le travail d'inflammation et de destruction s'étant brusquement arrêté d'une manière très heureuse, une membrane pyogénique délimitatrice a eu le temps de se créer et d'isoler le pus de la substance hépatique.

Lorsqu'on trouve exclusivement du pus crémeux et louable dans un abcès anfractueux, on peut penser le travail d'inflammation tendant à s'arrêter, l'abcès marchait vers la délimitation par une membrane pyogénique et aurait pu bientôt être classé dans la première catégorie. Mais il ne faut pas oublier que souvent le pus a au premier aspect une apparence louable qui ne persiste pas à un examen approfondi, car en y regardant de plus près on s'aperçoit que malgré

une coloration blanchâtre, le reflet vert, la consistance plus épaisse ou plus séreuse, l'odeur fétide le rangent dans la catégorie des pus de très mauvaise nature.

On voit donc, en tenant compte de ces exceptions, que l'examen de la configuration des abcès peut donner de bonnes indications sur l'ancienneté de la formation et sur les allures. Ce sont des connaissances qui, le jour où elles pourront être appliquées au diagnostic et au pronostic de la maladie, auront une influence considérable sur sa thérapeutique.

VARIÉTÉS DES ABCÈS

Il suffit d'avoir fait deux autopsies d'individus ayant succombé à un abcès du foie pour admettre sans conteste que les abcès ne sont pas toujours semblables les uns aux autres : et bien plus c'est que, lorsqu'on a pratiqué pendant quelque temps dans les pays où l'hépatite est fréquente, on est porté à penser, d'après ce qu'on a vu tant au lit du malade que sur la table d'amphithéâtre, que les abcès du foie sont soumis à de nombreuses causes de variations de forme et de nature. Nous avons, dans le moment présent, à nous occuper de ces diverses variétés que l'observateur peut rencontrer, et pour avoir plus de chances de ne rien oublier, nous allons étudier séparément et les parois et le contenu, pour énumérer les divers aspects qui s'observent dans les cas de suppuration hépatique.

Parois

Les parois des abcès du foie sont constituées d'une manière très différente, suivant les divers cas ; ce que nous avons dit précédemment nous en donne déjà une idée bien arrêtée,

puisque nous avons signalé que les abcès hépatiques sont tantôt entourés d'une membrane pyogénique, tantôt ont leur pus au contact direct de la substance glandulaire. Nous n'avons naturellement pas à nous occuper actuellement des cas où la substance glandulaire est en contact direct avec le pus ; c'est donc en résumé l'étude de la membrane pyogénique que nous avons à entreprendre. Néanmoins nous les citerons pour mémoire, afin de donner la classification complète des divers cas qui peuvent se présenter.

Rouis a classé, pour étudier leurs parois, les abcès du foie en deux grandes catégories : *A*. Ceux qui sont restés dans l'intérieur de la capsule de Glisson ; *B*. Ceux qui se sont épanchés au dehors du foie. La première se subdivise en cinq classes : 1° les abcès diffus, c'est-à-dire dépourvus de membranes d'enveloppe ; 2° 3° 4° ceux dont les parois sont formées par les diverses variétés de membranes pyogéniques ; 5° les abcès cicatrisés.

La seconde catégorie où les abcès épanchés au dehors du foie se subdivisent à leur tour : 1° en ceux qui sont ouverts dans une cavité close, 2° ceux qui ont fusé à l'extérieur, et dans ce dernier cas il admet deux sous-catégories : *a*. le cas où l'abcès est trop grand pour que la cavité hépatique puisse se combler ; *b*. le cas où cette cavité peut s'effacer.

Nous allons encore adopter sa classification avec quelques très légères modifications ; ainsi nous réunirons dans la première catégorie les 2e 3e et 4e cas en un seul, car il nous semble que leur étude séparée constituerait une longueur tout à fait inutile.

A. ABCÈS RESTÉS DANS LA CAPSULE DE GLISSON

Les abcès de la première catégorie de Rouis, c'est-à-dire ceux qui sont restés dans la capsule de Glisson, se partagent au point de vue où nous sommes placés actuellement en trois classes : 1° les abcès diffus; 2° les abcès munis d'une membrane pyogénique ; 3° les abcès cicatrisés.

Abcès non circonscrits par une enveloppe pyogénique ou abcès diffus

Nous connaissons assez les abcès diffus maintenant pour pouvoir ne dire qu'un mot très bref sur leur compte. Le pus est chez eux au contact direct des éléments du foie, qui tant par leur contact que par l'inflammation génératrice de l'abcès lui-même, ont éprouvé des altérations profondes : friabilité, changement de couleur allant du marron-noir au rouge vineux, au marron clair, au jaune orangé ou clair, suivant les cas ; oblitération de la plupart des vaisseaux ; infiltration de lymphe plastique entre les acini et dans l'intérieur des cellules qui ont cessé de fonctionner. Dans quelques cas le tissu est imbibé de pus, comme le serait une éponge qu'on peut débarrasser par la pression.

La démarcation entre le pus et la substance hépatique ne se fait pas dans ces cas par une surface à peu près plane et assez régulière ; elle est, au contraire, très accidentée, et il n'est pas rare de trouver des îlots de substance hépatique qui semblent venir empiéter sur la cavité purulente, de même que des fissures plus ou moins profondes font fuser le pus assez loin du foyer principal en bien des endroits.

Toutes ces particularités se rattachent à la nature essentiellement récente de ces abcès, qui sont toujours en formation à quelque période qu'on les observe, et nous n'avons

donc pas à nous en occuper spécialement, car l'étude de leurs parois est en somme l'étude du tissu hépatique enflammé.

Abcès circonscrits par une enveloppe pyogénique

Les abcès qui ont un certain temps d'existence déjà et dont la forme, dit-on ordinairement, a eu le temps de se délimiter ; nous ajouterons : et dont surtout le tissu hépatique circonvoisin a perdu les caractères de son inflammation aiguë, s'entourent d'une enveloppe qui sépare le pus de l'élément glandulaire du foie par une barrière matérielle plus ou moins épaisse, bien organisée et par conséquent protectrice. Rouis les a partagés en trois catégories : *A.* Abcès à parois constituées par des expansions fibreuses et une membrane pyogénique ; *B.* Parois fortifiées par un kyste extérieur, des expansions fibreuses et une membrane pyogénique ; *C.* Parois comprenant un kyste et une enveloppe fibreuse interne.

Abcès dont les parois sont constituées par des expansions fibreuses et par une membrane pyogénique

Dans un certain nombre de cas les parois de l'abcès sont formées par une couche pseudo-membraneuse blanche, blanc jaunâtre ou blanc grisâtre sale, épaisse de 1 à 3 mill., très molle, friable, et qui présente du côté du pus une place plus ou moins unie, lisse, veloutée, ou même assez rugueuse ou tomenteuse dans certaines circonstances par le fait de l'existence de villosités plus ou moins fines. Du côté extérieur, cette membrane fait corps avec le tissu hépatique et ne peut en être exactement délimitée à cause de son adhérence intime avec lui.

Rouis a fait quatre sous-catégories bien distinctes en se basant sur l'aspect de la surface intérieure de cette paroi : *a.* lisse ; *b.* veloutée ; *c.* couverte de villosités de 4 à 8 mill. et touffues comme un gazon ; *d.* couverte d'expansions analogues

mais plus volumineuses, 15 à 20 mill. Nous avons reconnu la parfaite exactitude de ces aspects sur le cadavre, mais nous ne consacrerons pas ces subdivisions qui pourraient obscurcir notre exposé, d'autant qu'il n'est pas rare de voir sur un même sujet la membrane d'enveloppe être lisse ici, tomenteuse là, villeuse un peu plus loin, et je crois qu'en disant que cette surface intérieure est plus ou moins lisse suivant les cas, nous avons suffisamment spécifié ses variétés principales.

Si on coupe un morceau de cette paroi des abcès du foie et qu'on en examine la tranche à l'œil nu et mieux à une loupe, soit immédiatement, soit après macération, on voit que cette membrane est formée par une infinité de petits tractus filamenteux qui viennent du parenchyme du foie en convergeant les uns vers les autres, en se feutrant de plus en plus jusqu'au point ultime où leur juxtaposition intime finit par faire une surface continue. Cette surface est lisse quelquefois, avons-nous dit. D'autres fois elle est comme veloutée, à expansions plus ou moins fines et d'une longueur variable.

Quelquefois ces expansions ont un à deux millimètres et ne sont pas plus épaisses qu'un cheveu, mais d'autres fois elles ont de 4 à 8 mill. de longueur et sont un peu plus épaisses ; mais on ne peut leur distinguer aucune cavité centrale. En les examinant sous l'eau on peut se convaincre que ces petites expansions flottent dans le pus de l'abcès comme un gazon qui serait au contact d'une couche d'eau, comme cela arrive, par exemple, dans une inondation, et on voit qu'elles se terminent par des extrémités très variables de longueur, de forme, quoique en général elle aient des types peu nombreux. Ajoutons que quelques ramuscules très ténus de l'artère hépatique viennent ramper jusqu'à la périphérie antérieure de la couche enveloppante et assurent sa nutrition.

Abcès dont les parois comprennent un kyste d'enveloppe, des expansions fibreuses et une membrane pyogénique

Cette catégorie de Rouis se subdivise en deux sous-catégories : *a.* cas dans lequel le kyste n'est pas complètement organisé ; *b.* cas dans lequel le kyste est complet.

Cas dans lequel le kyste n'est pas complètement organisé

Le kyste n'est dans ce cas qu'une tunique fibreuse appliquée immédiatement contre le parenchyme hépatique, et envoyant par sa face interne des petits tractus celluleux qui vont par convergence constituer une membrane pyogénique analogue à celle que nous avons décrite précédemment. Ce kyste est plus ou moins épais, suivant l'ancienneté d'existence de l'abcès, étant même comme un simple feuillet séreux au début, pour acquérir avec le temps une épaisseur qui peut aller jusqu'à 15 mill.

Si on examine à l'œil ou avec une loupe une tranche de ce kyste, on voit que sa portion intérieure est homogène par le fait du tassement et de la densification des couches, mais qu'à mesure qu'on avance vers la portion extérieure ces couches se stratifient d'une manière de moins en moins serrée, comme si une série de lames parallèles s'étaient constituées pour envelopper l'abcès. Entre ces lames se trouve un tissu fibro-celluleux dense, parcouru par un riche réseau sanguin.

La substance hépatique semble avoir subi un tassement au contact du kyste dont nous venons de parler, et ce tassement est d'autant plus accusé que l'abcès est plus ancien ; de sorte qu'on peut admettre, je crois, que dans ce cas l'abcès transformé en cavité close munie d'un système vasculaire périphérique qui assure son existence propre, a augmenté de volume avec le temps en pressant de plus en plus sur le tissu glandulaire mou qui l'entoure.

Le tissu hépatique qui a subi le tassement dont nous venons de parler a éprouvé aussi une modification profonde dans sa texture ; les acini glandulaires comprimés ont diminué de volume, se sont atrophiés, et cela d'autant plus qu'ils étaient plus près du kyste; par contre, l'élément vasculaire, n'ayant pas subi la même diminution de volume, paraît plus volumineux, accuse davantage à la vue simple sa disposition en réseau, et ce réseau établit la transition entre le tissu hépatique sain et le kyste pyogénique, assurant ainsi l'apport du sang à ce dernier.

L'intérieur du kyste que nous venons de décrire ressemble en tous points à celui des abcès de la catégorie précédente, de sorte que nous n'avons pas à nous en occuper plus longuement.

Cas dans lesquels le kyste est parfaitement organisé

Dans ces cas le kyste est parfaitement délimité, et à la coupe on ne voit qu'une apparence cartilagineuse homogène sans trace des stratifications concentriques que nous avons signalées pour la catégorie précédente. Les parois de ce kyste ont en général de 3 à 5 mill. d'épaisseur; leur face interne en contact avec le pus contient la membrane tomenteuse que nous avons signalée pour les cas précédents, mais celle-ci est plus épaisse, à villosités plus longues et plus volumineuses que dans les catégories précitées. Leur face externe en contact avec le tissu hépatique est munie de tractus filamenteux déliés qui sont continus avec l'élément vasculaire du foie, et grâce auxquels la nutrition de la poche pyogénique est assurée.

Abcès dont les parois sont constituées par un kyste extérieur et une membrane pyogénique

Cette catégorie d'abcès diffère de la précédente en cela que le kyste d'enveloppe est plus compact encore et que les prolongements extérieurs qui le rattachent au parenchyme sont beaucoup plus ténus, la nutrition de la poche étant assurée par des sortes de petites cordes ou de petites bandelettes de 1 à 2 mill. de diamètre dans lesquelles se trouvent des vaisseaux et des conduits biliaires. A l'intérieur, la couche tomenteuse signalée dans les cas précédents s'est densifiée et a perdu son aspect villeux, pour devenir lisse et comme séro-fibreuse.

Abcès cicatrisés

Un abcès du foie une fois formé peut-il disparaître doucement par une régression lente, ménagée, et sans se faire jour nulle part, c'est-à-dire au dehors de la paroi abdominale, dans le tube digestif, le thorax ou le péritoine ? Les auteurs ne sont pas d'accord là-dessus, et quelques-uns même révoquent en doute cette terminaison de la suppuration hépatique. Rouis par exemple, ne croit pas beaucoup à la possibilité de cette catégorie, disant : L'analogie permet de le penser, mais jusqu'à ce jour on n'a recueilli aucun fait décisif en faveur de cette opinion. Il conteste, en définitive, cette possibilité, car il ajoute : D'ailleurs, quand bien même il serait démontré qu'un abcès du foie a pu guérir sans s'être créé d'issue à travers la superficie extérieure de l'organe, il resterait à prouver que le pus n'a pas été évacué par les canaux biliaires, et en dernier lieu rien n'autorise à penser que les brides fibreuses qui se rencontrent au sein du viscère ont succédé plutôt à un abcès qu'à un simple engorgement phlegmoneux ou à un épanchement sanguin.

Je ne saurais partager la manière de voir de Rouis sur ce point, et malgré sa grande autorité sur la matière, je me range résolument du côté de ceux qui croient à la possibilité de la guérison d'un abcès du foie par pure résorption sur place ; bien plus, je suis porté très fermement, à penser que c'est là une terminaison relativement assez fréquente de la maladie. Les faits signalés par Haspel, par Catteloup, par Casimir Broussais et par nombre de nos confrères distingués de la médecine militaire, me trouvent donc parfaitement convaincu, d'autant que je connais nombre de faits prouvant absolument qu'un abcès du foie peut se résorber sur place sans être évacué au dehors, et nous en trouvons un certain nombre pour montrer comme je crois que les choses se passent dans le cas qui nous occupe.

Quant au temps que mettent les diverses phases de la guérison à s'accomplir, nous le rechercherons ultérieurement quand nous nous occuperons spécialement de la durée des abcès et de leurs diverses périodes.

B. ABCÈS SORTIS DU FOIE

Les abcès qui sont sortis du foie présentent, sous le rapport de la constitution de leurs parois, des particularités assez différentes de ceux qui sont restés dans l'intérieur de la glande, pour mériter d'être classés à part. Nous suivrons ici encore la marche adoptée par Rouis, et nous envisagerons successivement : *A.* Le cas où l'abcès s'est ouvert dans une cavité close ; *B.* Celui où il a trouvé une issue vers l'extérieur.

Cas dans lesquels le pus s'est épanché dans une cavité close

Le pus d'un abcès du foie peut s'épancher soit dans le péritoine, soit dans la plèvre.

Pus épanché dans le péritoine. — Lorsqu'un abcès du foie s'ouvre dans le péritoine, il en résulte des altérations et des

accidents de péritonite suraiguë ; or, dans l'immense majorité des cas, la mort survient trop rapidement alors pour que le moindre changement dans la texture ou la disposition des parois ait le temps de se produire. Dans les très rares cas où la vie se prolonge pendant quelques jours, on n'a trouvé aucune modification de l'enveloppe kystique.

Pus épanché dans le péricarde. — Nous n'avons pas grand'chose à dire non plus pour le moment touchant les cas où le pus du foie s'épanche dans le péricarde ; la mort est trop rapide pour que le kyste hépatique ait le temps de subir des modifications bien accusées.

Pus épanché dans la plèvre. — L'épanchement du pus d'un abcès du foie n'étant pas incompatible avec la prolongation de la vie au moins pendant un certain temps, c'est le cas de rechercher quelles sont les modifications que cette terminaison de l'abcès hépatique peut entraîner dans les parois kystiques.

Le pus trouvant dans la poche pleurale un espace suffisant pour s'y épancher à l'aise, n'exerce plus la pression qu'il exerçait précédemment sur les parois du kyste ; de sorte qu'un des premiers phénomènes qui se produisent est le retrait du foyer, qui perd une certaine partie de son volume, et la diminution de la compression subie par l'élément glandulaire à la périphérie de la collection. Le mécanisme du retrait qu'éprouvent les parois du kyste dans un pareil cas est trop facile à comprendre pour que nous ayons besoin de l'expliquer plus longuement. A mesure que le retrait du kyste se produit, la surface intérieure subit des modifications de plus en plus profondes et qui aboutissent à la cicatrisation, si les autres conditions dépendantes de l'organisme, la continuation de la vie et le retour à la santé s'y prêtent ; mais comme ces phénomènes ne diffèrent en rien de ceux qui se passent dans

les abcès ouverts à l'extérieur, nous attendrons de nous occuper de cette dernière catégorie pour les passer en revue.

Cas où le pus a trouvé une issue à l'extérieur

Lorsque le pus d'un abcès du foie a trouvé une issue pour aller à l'extérieur du corps, la poche subit une série de modifications qui sont en rapport avec nombre de facteurs; ainsi, pour ce qui regarde l'abcès en lui-même, les conditions diffèrent suivant que sa capacité est plus ou moins grande, que ses parois sont plus ou moins épaisses.

Abcès volumineux ou à parois épaisses

Dans quelques circonstances, la diminution de capacité de l'abcès ne peut se faire facilement, soit parce que la poche était trop vaste, soit parce que les parois étaient trop épaisses et trop résistantes pour se plisser exactement à mesure que la tendance au vide les y sollicite. Dans ce cas, la membrane tomenteuse de l'intérieur n'étant pas comprimée, laisse ses villosités flotter librement, et elle continue à sécréter une quantité de pus asez grande d'abord et pouvant devenir une cause d'accident par l'épuisement des forces des sujets, sans compter que laissant la porte ouverte, pour ainsi dire, à toutes les occurrences fâcheuses, elle laisse le sujet grandement en danger et à découvert.

La membrane pyogénique de l'abcès qui s'est ouvert en dehors devient, avons-nous dit, le siège de modifications profondes. Ainsi, d'une part, elle contracte une couleur d'abord ardoisée, puis brunâtre, enfin noire, qui est très remarquable, et dont la signification nous échappe encore.

Cette couleur noire, qui ne se rencontre que dans les cas où l'abcès s'est ouvert au dehors et a eu un écoulement facile,

est-elle due au contact de l'air sur les parois du foyer ? Telle est la question.

Cette couche noire, traitée par l'acide azotique, se transforme en colle ordinaire, contenant un léger précipité albumineux; l'ébullition produit les mêmes résultats.

En traitant cette couche noire par l'éther, on n'en extrait aucune trace de graisse.

En même temps qu'elle prend la couleur bistrée, brune, et enfin noire, la membrane pyogénique se densifie et devient plus résistante, plus élastique.

Le tissu périphérique du foie n'étant plus soumis à la pression qu'il subissait quand l'abcès n'était pas vidé, ne présente bientôt plus l'indice d'un tassement aussi complet, et les acini qui n'ont pas été complètement détruits récupèrent un peu de leur volume et de leur forme primitive.

Çà et là on trouve quelques points où la coque est revenue sur elle-même, et où l'agglutination des parties en contact s'est produite, diminuant d'autant la capacité primitive du kyste.

Abcès de petit volume ou dont les parois sont peu épaisses

Lorsqu'un abcès peu volumineux ou dont les parois sont peu épaisses, peu élastiques, s'est ouvert à l'extérieur, il se produit, dès que la pression intérieure diminue, un retrait et un plissement qui aboutit peu à peu à l'obturation complète de la cavité anormale.

La membrane villeuse se trouvant au contact avec elle-même par le fait de son plissement, s'accole face interne contre face interne, s'agglutine, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la poche soit comblée; en même temps elle subit la régression commune à tous les organes qui ont cessé leur fonction, de sorte qu'au bout de peu de temps, en général six semaines, de trois, six

mois, suivant mille conditions qui influent, on le comprend, sur la rapidité du travail et la réparation du mal primitif, on trouve dans le foie, comme vestige de l'abcès qui y a existé, une cicatrice en forme d'étoile avec plus ou moins de prolongements, cicatrice qui est en tissu modulaire ordinaire et qui subit elle-même une diminution de plus en plus grande avec le temps, si bien qu'on peut, en fin de compte, ne la rencontrer que sous l'apparence de tractus fibreux très déliés et qui ne peuvent plus donner une idée de l'étendue et de la gravité de l'altération qui leur a donné naissance.

PUS

Le pus des abcès du foie est loin d'être toujours de la même nature; il présente de nombreuses variétés, en rapport avec nombre de facteurs distincts, ainsi :

Dans quelques cas, ce pus est blanc jaunâtre ou blanc verdâtre, de consistance homogène et crémeuse, en un mot, parfaitement semblable à ce qu'on a appelé le pus phlegmoneux, louable, de bonne nature.

Dans certaines circonstances, quoique blanc et homogène, il a une viscosité très marquée, au point qu'il coule aussi difficilement que la glaire d'œuf.

Le pus des abcès du foie est quelquefois de couleur rouge-brun, semblable soit à la lie de vin, soit à du chocolat au lait, plus ou moins clair de teinte et plus ou moins dense.

On a signalé parfois la présence d'une forte proportion de sang ou de bile dans le pus d'un abcès du foie, quelle que fût sa nature et son aspect par ailleurs.

Le pus d'un abcès du foie est parfois privé d'homogénéité, il se présente sous la forme de grumeaux plus ou moins volumineux et plus ou moins abondants, nageant dans un liquide plus séreux ou dans du pus crémeux; il a très généralement pris,

dans ce cas, une odeur fétide, qui peut être même extrêmement pénible à respirer.

Ajoutons que la bile est quelquefois en proportions assez grandes dans le pus hépatique, quelle que soit d'ailleurs sa nature; enfin citons, mais seulement pour mémoire, que M. Blondeau (*loc. cit.*, p. 21) a signalé l'odeur stercorale dans le pus d'un abcès du foie qui était voisin du côlon transverse.

Enfin disons qu'il arrive dans quelques circonstances que le pus d'un abcès du foie a paru être homogène dans certains points, séreux dans d'autres, de telle sorte que le même abcès peut présenter des aspects tout différents. Dutrouleau (p. 483 à 485, obs. nº 10) rapporte un fait de ce genre et formule une théorie sur cet aspect; en effet, il dit :

« Il faut remarquer que la nature du pus était très différente au centre de l'abcès et à la surface de la membrane d'enveloppe; on dirait qu'une fois sécrété, il se produisait un travail de fermentation qui le décomposait, mais que, primitivement, il était de bonne nature. »

Quelle est la raison de ces diverses colorations et de ces diverses natures du pus des abcès du foie? L'expérience l'a indiquée, avons-nous dit déjà, et en partant des diverses catégories d'abcès qui peuvent être observées au point de vue de leur configuration et de la contexture de leurs parois, nous avons déjà donné des renseignements qui nous permettent d'être très bref dans le moment actuel.

Le pus phlegmoneux et de bonne nature provient ici, comme dans les autres régions, de la transformation purulente de la lymphe plastique épanchée; la coloration lie de vin est due à la présence des éléments du tissu glandulaire du foie, qui, dissous par la suppuration, sont venus altérer la composition primitive de la suppuration; elle est due aussi à une certaine quantité

d'hématine provenant des globules sanguins qui apparaissent même parfois, plus ou moins déformés, sur le champ du microscope.

Je ne suis pas en mesure de donner la raison matérielle comme l'explication du mécanisme de la production de ce pus, qui, tout en ayant la couleur blanc jaune ou verdâtre de la suppuration de bonne nature, a une plus grande viscosité et appartient évidemment à la catégorie du pus de la mauvaise catégorie.

On a dit que le pus d'un abcès du foie qui commence est toujours de couleur lie de vin ou chocolat, pour la raison, facile à comprendre, qu'il contient plus ou moins, mais toujours, des éléments de la glande hépatique ; mais le contraire est prouvé, par exemple, par ces abcès miliaires dont nous avons parlé précédemment et qu'on voit avoir l'apparence parfaitement blanche dès le début. On a objecté, il est vrai, que ces cas appartiennent à l'infection purulente, c'est-à-dire à des abcès métastatiques ; mais, on le comprend, c'est une discussion de mots qui n'éclaire pas la question, et le plus prudent alors est peut-être d'avouer l'insuffisance de nos connaissances, en attendant que de nouvelles recherches nous aient fixé sur ce point de la question d'une manière plus positive.

Cependant, ce que nous savons jusqu'ici nous permet de dire que la couleur lie de vin, chocolat, brune, des pus des abcès du foie, est le plus souvent le résultat d'une hémorrhagie qui s'est faite dans le foyer par un mécanisme d'érosion des vaisseaux qu'il est bien facile de comprendre, et alors, suivant que cette hémorrhagie est peu ou assez abondante, le liquide purulent, additionné d'une plus ou moins grande quantité de sang, a des aspects différents, depuis la couleur sanguinolente pure, jusqu'à la couleur gris-marron, en passant par toutes les teintes intermédiaires de dégradation.

Quelle est la fréquence relative des diverses sortes de suppuration dans les abcès du foie ? telle est la question qu'il est naturel de se poser. Or nous dirons que Dutrouleau, qui a voulu la résoudre par les chiffres, a donné les proportions suivantes :

Pus phlegmoneux	71 p. 0/0
Séreux	4 —
Vert ou jaune (bile)	8 —
Lie de vin, altéré, gangréneux	17 —

Temps que met la transformation purulente à se produire

Une autre question plus intéressante, il me semble, que celle de la coloration et de l'aspect du pus, est celle de savoir combien il faut de temps pour que l'inflammation du foie aboutisse à la production d'un abcès, question très difficile à résoudre et qu'il faut scinder en plusieurs portions pour tâcher d'arriver à quelques résultats satisfaisants ; ainsi, par exemple, on peut se demander : 1° Combien il faut de temps, en général, pour qu'un individu atteint de dysenterie soit pris des accidents de suppuration du foie ? — 2° Un abcès se formant, combien il faut de temps pour qu'il s'entoure d'une membrane pyogénique ? — 3° L'abcès étant formé, combien faut-il de temps pour qu'il se fasse jour au dehors du foie, lorsqu'il émigre ? — 4° Enfin combien il faut de temps pour qu'un abcès du foie qui est resté dans la profondeur de l'organe hépatique, se résorbe et disparaisse quand la guérison est survenue.

Combien faut-il de temps à un individu atteint de dysenterie pour contracter un abcès du foie ?

On a des exemples assez nombreux où l'hépatite s'est déclarée fort peu de temps après le début de la dysenterie, et où la mort même a pu survenir par le fait de l'abcès du foie

d'une manière très rapide lorsque celle-ci a été très violente, mais d'autres fois des atteintes aussi violentes n'ont pas été suivies d'inflammation hépatique, de sorte qu'il faut reconnaître que jusqu'à présent l'obscurité la plus complète règne sur cette question. Mieux vaut donc reconnaître notre ignorance que de continuer sur ce point.

Combien de temps faut-il pour qu'un abcès qui se forme s'entoure d'une membrane pyogénique ?

Il est très difficile de répondre aussi à cette question, car pendant la vie le diagnostic ne peut être établi avec précision, puisque nous ne savons pas même avec certitude s'il existe un abcès du foie quand il ne fait pas saillie à l'extérieur ou qu'il ne s'est pas encore ouvert dans le poumon ou l'intestin. Cependant on peut arriver à des approximations assez exactes. Haspel pense, d'après ses observations personnelles, que la membrane pyogénique peut être formée dans un espace de vingt à vingt-cinq jours à peine.

Je suis porté à croire qu'il ne faut pas un temps plus long, et j'en donne pour preuve que dans l'observation que nous venons de rapporter cette membrane pyogénique était parfaitement organisée dans tous les abcès moins un. On voit aussi dans cette observation qu'il n'est pas nécessaire que la poussée inflammatoire soit apaisée dans tout le foie pour que le travail de création de cette pyogénique se fasse ; il est probable que dès que le tissu hépatique au centre duquel se développe l'abcès perd un peu de son irritation inflammatoire, c'est-à-dire que dès que l'abcès ne s'accroît plus, il commence aussitôt à se limiter.

Combien de temps faut-il pour que l'abcès une fois formé puisse se faire jour au delà du foie ?

J'ai observé au Sénégal un jeune soldat arrivé en mars, atteint de dysenterie en mai, et dont l'abcès du foie était ouvert à la fois dans le poumon et l'intestin en septembre.

Combien de temps faut-il à un abcès resté dans le foie pour se résorber?

Cette dernière question est encore très obscure, puisque divers auteurs n'admettent pas la possibilité de la guérison d'un abcès du foie par pure résorption; elle ne fait cependant pas un doute dans mon esprit, et je suis porté à croire que dans l'espace de trois ans, lorsque l'individu reste dans les pays chauds, que dans un temps moins long, deux ans, dix-huit mois peut-être, lorsqu'il est ou retourne dans les pays tempérés, la résorption peut se faire.

Dans mon livre sur les maladies des Européens au Sénégal (t. II, p. 49), j'ai cité l'observation d'un musicien nommé Trois-saint, qui me paraît apporter un appoint très important dans la question qui nous occupe actuellement. M. Foiret pense que les aspects différents du pus indiquent des époques différentes de leur sécrétion, car il pense que primitivement sanieux, mal élaboré, coloré par des hématies, il devient avec le temps crémeux, et, comme on dit, de bonne nature. Mais nous ne savons rien de bien précis là-dessus en plus de ce que j'ai dit précédemment.

MODE D'ACCROISSEMENT DES ABCÈS

On admet que les abcès du foie, une fois créés, tendent à s'accroître, et il n'est pas inutile de rechercher par quel mécanisme se fait cet accroissement; or il est logique d'admettre qu'il y a deux mécanismes en rapport avec les deux périodes qui peuvent s'observer dans les abcès ou les deux formes d'abcès que l'on rencontre dans le foie.

En effet, lorsque le pus est au contact direct de la substance hépatique qu'il dissout, pour ainsi dire, peu à peu autour de lui, c'est par absorption, si je puis m'exprimer ainsi, des parties environnantes qu'il s'accroît, tandis, au contraire, que lorsque la membrane pyogénique est constituée, c'est par refoulement des parties voisines qu'il augmente ses proportions.

Habituellement, la destruction du tissu hépatique est moindre que ne semble l'indiquer la quantité de pus contenue dans l'abcès. Nous l'avons dit tantôt en parlant de la cinquième catégorie, nous y revenons actuellement, voulant nous occuper du mode d'accroissement des abcès du foie déjà formés.

Rouis fait observer avec raison que puisque la sécrétion du pus au sein du foie ne coïncide pas toujours avec une déperdition proportionnelle de substance hépatique, il s'ensuit que cette sécrétion reconnaît encore une autre source que la fonte du tissu glandulaire; c'est cette source que nous devons rechercher, car nous avons suffisamment parlé du mécanisme de formation de l'abcès du foie précédemment, pour n'avoir pas à y revenir.

Recherchant les faits où la quantité de pus existant dans l'abcès, réunie au poids du restant du foie, fait un chiffre notablement plus élevé que le poids physiologique de l'organe, Rouis a observé que cette augmentation ne se présente que

lorsque la collection purulente est entourée d'une membrane pyogénique. C'est donc évidemment cette membrane pyogénique qui joue le rôle capital dans la question des variations de capacité de l'abcès une fois formé.

Cette membrane pyogénique, qui est d'ailleurs parfaitement organisée, donne à la poche une nouvelle vie propre dont jouissent les cavités closes physiologiques ou pathologiques, et l'abcès rentre dans cette grande loi pour ses variations de volume.

Pourquoi l'abcès tend-il à prendre cette forme sphérique à mesure qu'il vieillit? On pourrait peut-être chercher à en expliquer la cause mécanique en disant que c'est la pression égale exercée par le liquide devenu homogène sur toute la périphérie de l'abcès. Mais nous ne nous lancerons pas dans cette interprétation, il nous suffira de signaler le fait sans en discuter autrement la cause; nous dirons donc qu'il est manifeste qu'il prend cette forme sphérique, sans rien y ajouter.

Dans l'étude descriptive des abcès du foie il y a, au point où nous sommes rendus actuellement, nombre d'autres questions à étudier; mais nous sommes déjà entré dans tant de détails que nous devons ne pas insister davantage sur leur compte.

TERMINAISON DES ABCÈS DU FOIE

L'abcès une fois formé dans le foie, que devient-il? Telle est la question importante que nous avons à élucider maintenant au point de vue de l'anatomie pathologique. Eh bien, les cas qui peuvent se présenter sont différents, les conditions qui influent sur cette terminaison multiples, et par conséquent les résultats doivent être très variables.

Il faut admettre que certains abcès enkystés du foie restent pendant un temps plus ou moins long, pendant des années

même, dans le foie, sans produire aucune réaction locale ou générale, de sorte que le sujet peut vivre sans se douter qu'il porte un foyer purulent dans la glande hépatique, et l'abcès n'est révélé alors que si une maladie intercurrente, venant à entraîner la mort, on a l'idée de regarder le foie à l'autopsie.

La condition précédente peut n'être considérée que comme une éventualité toute théorique, et être confondue avec celle que nous allons étudier ici, c'est-à-dire que nombre de médecins admettront que le pus du foie ne saurait rester ainsi indéfiniment stationnaire, soustrait à l'action biologique, comme un corps étranger inerte et inattaquable par nos sucs et nos organes, alors qu'il est au milieu de parties qui éprouvent de perpétuelles mutations; par conséquent que l'abcès du foie, s'il ne prend pas tel ou tel mode de terminaison différent, tend à disparaître par une véritable résorption curative.

Dans ces cas il arrive, comme nous l'avons dit, que l'exhalation est plus active que l'apport, de sorte que la masse contenue tend à devenir moins volumineuse, et c'est une première raison de diminution.

D'autre part, l'enveloppe kystique, en s'accroissant, peut tendre, comme tous les tissus modulaires dont l'action n'est pas contrariée, à se rétracter, de sorte qu'il y a une pression du dehors au dedans qui tend à diminuer encore et d'une manière incessante le volume de la collection purulente.

Cette résorption curative peut-elle être poussée jusqu'au bout et arriver à la disparition complète de l'abcès? Les divers médecins qui ont étudié, il y a quelque quinze ou vingt ans, les abcès du foie, se sont posés cette question, qui est résolue par l'affirmative aujourd'hui; en effet, Morhead, Haspel, Catteloup, Cambay, Dutrouleau, ont fourni des faits irrécusables pour le démontrer, de sorte qu'il n'y a pas à insister plus longuement sur ce point désormais.

Les abcès du foie une fois formés ont généralement une tendance marquée à l'émigration pour franchir les limites de la glande, et se dirigent soit en haut, soit en bas, en avant ou en arrière, à droite ou à gauche, d'après des lois qu'il n'est pas impossible de déterminer, au moins en partie, dans l'état actuel de nos connaissances.

L'abcès qui marche en haut arrive assez vite en général dans les environs du diaphragme, qui ne tarde pas à subir une action de voisinage intense si déjà il ne l'a pas éprouvée, et nous avons vu précédemment que les organes thoraciques en ont éprouvé de bonne heure des accidents qui peuvent aller depuis une simple hyperhémie jusqu'à l'inflammation qui résulte du contact immédiat du pus.

Si l'abcès marche vers la partie inférieure il peut, suivant le point où il existe, menacer l'estomac, le duodénum, le côlon transverse, la rate, le rein, ou bien, dans des conditions relativement moins heureuses, arriver jusqu'au péritoine avant que des adhérences protectrices se soient établies et aient prévenu en tout ou en partie les dangers de son irruption au dehors.

L'abcès qui marche horizontalement en avant ou en dehors provoque, en général, une irritation du péritoine circahépatique correspondant qui produit des adhérences avec la paroi thoraco-abdominale et se trouve, toutes choses égales d'ailleurs, dans de bonnes conditions pour la guérison, car l'évacuation au dehors peut se faire quelquefois d'une manière facile et heureuse par cette voie.

Pour énumérer les combinaisons possibles dans leur ensemble, il faut tenir compte des cas où l'abcès ou bien les abcès ont marché simultanément dans diverses directions, cas dans lesquels on a pu voir l'ouverture de la poche purulente dans le poumon et l'estomac, le duodénum ou le côlon transverse, etc. etc.

Cette énumération de la marche que peut avoir un abcès du foie est en somme très stérile ; c'est une énumération qui ne peut avoir d'intérêt naturellement qu'autant qu'elle aurait un résultat utile à la pratique, ou au moins qu'elle nous permettrait de trouver la loi de la migration des abcès du foie, chose assez importante, et pour le pronostic, et aussi peut-être pour la détermination que prendra le médecin dans telle ou telle circonstance.

On a cherché à formuler des lois sur la migration des abcès internes, se basant, par exemple, sur l'action incessante des pulsations cardiaques et des battements artériels qui sont une force constante pouvant très bien constituer, pense-t-on, une force motrice pour la migration de l'abcès ; mais comme toutes les fois qu'il s'agit d'appliquer les principes de la mécanique aux phénomènes dont le corps est le théâtre, il ne faut pas oublier que nombre d'effets secondaires ou principaux, accessoires ou primordiaux, directs ou indirects, viennent apporter leur appoint et faire varier le résultat dans une limite qu'on était loin de supposer de prime abord.

INFLUENCE DES ABCÈS SUR LES ÉLÉMENTS DU FOIE

On comprend que les divers éléments qui constituent le foie doivent éprouver, sous l'influence des abcès du foie, des modifications et des altérations profondes qui sont des effets de voisinage ou de connexion de fonctions qui sont purement mécaniques dans certains cas, et vitaux dans d'autres. Nous avons déjà vu une partie de ces altérations quand nous avons parlé des parois des abcès et que nous avons signalé les aspects que présente le tissu propre du foie suivant les diverses variétés d'abcès ; nous avons surtout maintenant à nous occuper des modifications survenues dans

les autres éléments de la glande, à savoir : les vaisseaux, les conduits biliaires, la vésicule et le canal cholédoque

ALTÉRATIONS DES VAISSEAUX

Les vaisseaux qui sont au contact ou au voisinage seulement des abcès subissent de profondes altérations qui méritent de nous occuper avec soin, car elles peuvent faire comprendre pourquoi, dans telle ou telle circonstance, tel ou tel phénomène se présente. Ces vaisseaux se divisent naturellement en veineux, artériels et lymphatiques ; disons un mot de chacun d'eux

Veines

Les veines sont, on le sait, la veine porte et les veines sus-hépatiques, assez différentes l'une de l'autre, tant par le volume que par la disposition anatomique dans l'organe, car la veine porte est entourée d'une gaine cellulo-fibreuse qui la sépare du tissu propre de la glande, tandis que les branches des veines sus-hépatiques sont directement au contact de ce tissu ; mais nous pouvons cependant les rapprocher dans notre étude actuelle.

Veine porte

La situation est différente suivant que le foie va devenir le siège d'une inflammation purulente ou que le pus s'est formé déjà. D'abord, à l'époque où l'organe ne présente encore qu'une hyperhémie congestive, les radicules de la veine porte sont seulement plus remplies de sang qu'à l'état physiologique, et les arrêts de la circulation qui se présentent normalement à certains moments de la digestion augmentent de fréquence et d'intensité ; mais c'est un état que nous ne faisons que signaler pour mémoire, que nous comprenons même mieux qu'il ne peut

être observé, aussi ne devons-nous pas nous appesantir davantage sur lui.

Lorsque la maladie a fait du progrès, la situation change ; ainsi, les radicules de la veine porte qui se trouvent dans les points qui vont subir la fonte purulente ne sont plus parcourues par un courant sanguin, leur contenu s'arrête, se coagule, et bientôt elles constituent un petit cylindre plein dont l'axe est formé par un coagulum fibrineux, et qui se termine à la limite externe, c'est-à-dire à celle qui est en contact avec la partie perméable, par un petit ménisque concave qui est devenu la limite et la paroi extrême du sang resté vivant. On comprend que les parois des radicules ne supportent pas passivement le travail qui s'acomplit à leur face intérieure par la coagulation du sang, et à leur face extérieure ; en effet, sous l'influence de l'inflammation pyogénique, elles s'infiltrent de lymphe plastiqué qui les rend plus rigides, plus cassantes, et la portion vasculaire ainsi transformée en un cylindre plein commence à diminuer de volume et à subir la régression qui aboutira à la disparition complète, s'il s'écoule un temps suffisant.

Quand l'abcès est tout à fait formé, les portions restées saines des radicules de la veine porte, c'est-à-dire celles qui sont dans les lobules, éprouvant un tassement par le fait de la pression excentrique qu'exerce la poche purulente sur le tissu hépatique, sont diminuées de capacité par le fait de leur compressibilité et concourent ainsi à rendre le tissu hépatique moins gorgé de sang, de sorte que l'on comprend facilement comment il se fait que le sang apporté par les veines mésaraïques ne vient pas faire irruption dans les abcès du foie comme un liquide qui a rompu ses digues, le travail inflammatoire ayant eu dès le début pour effet d'établir une démarcation matérielle bien tranchée entre le tissu malade et le tissu sain par une zone intermédiaire plus ou moins épaisse.

Il paraît que dans quelques circonstances la démarcation dont nous venons de parler est moins parfaite que nous venons de le dire. Ainsi nous savons qu'il existe au musée de l'hôpital de Guy, à Londres, une pièce anatomique qui montre d'une manière évidente la communication de la veine porte avec un abcès du foie.

Lorsque l'abcès du foie est le résultat d'une thrombose de la veine porte, les dernières ramifications de cette veine contiennent des caillots et ont les caractères d'une véritable *phlébite aiguë*. On ne distingue plus la cavité vasculaire de ces ramifications, qui contiennent une si grande quantité de globules blancs qu'ils se présentent à l'examen comme des corps solides, ramifiés, en un mot, un végétal arborescent.

Ces arborisations formées par la coagulation du contenu des radicules portes sont d'un blanc remarquable, et bientôt sont manifestement constituées par du pus. La gaine conjonctive qui entoure ces radicules s'est séparée du vaisseau par une sorte d'œdème, qui à son tour est envahi par les globules purulents, et cette gaine est le premier vestige de la membrane pyogénique qui est destinée à séparer les parties malades des parties saines.

L'abcès embolique commence par une hyperhémie circonscrite à la région où se distribue le vaisseau oblitéré, les capillaires se laissent distendre par la stase sanguine jusqu'à l'abcès, au point qu'il y a là comme une véritable *apoplexie* du tissu hépatique, bien qu'on ait dit que dans le tissu hépatique il n'y a pas, à proprement parler, d'hémorrhagie interstitielle.

La périphérie de la portion du foie hyperhémiée par l'abcès embolique est constituée par des acini œdématiés et présentant les caractères du premier degré de l'inflammation ; ces acini sont englobés par le travail hyperhémique, si l'extension de l'inflammation continue, ou bien servent de limite au mal et de protection aux acini restés sains.

Il est intéressant de rechercher ce qui se passe dans les cellules propres du foie dans les cas où l'inflammation pyogénique envahit ainsi l'organe par le tissu cellulaire qui entoure les lobules ou par les vaisseaux portes; eh bien, nous sommes porté à penser que les cellules hépatiques qui se trouvent au voisinage des exsudations de lymphe plastique qui les entourent, cessent *ipso facto* de fonctionner et de vivre même de la vie physiologique; elles cessent de sécréter la bile, et, au contraire, se remplissent d'un exsudat albumineux qui en occupe exactement la cavité. D'abord transparent, puis devenant opaque, cet exsudat finit par devenir libre par le fait de la destruction de la cellule elle-même, et se retrouve alors sous l'apparence de petits noyaux qui perdent bientôt leur forme, et se fondent comme le restant du tissu dans la suppuration.

Veines sus-hépatiques

Il est intéressant de rechercher ce qui se passe du côté des veines sus-hépatiques dans les cas d'inflammation et d'abcès du foie, car nous savons que les radicules de ces vaisseaux se trouvant au contact direct du tissu propre de la glande, ne sont pas protégés, comme les artères et la veine porte, par une gaine cellulo-fibreuse, ce qui pourrait faire pressentir qu'il doit y avoir quelque chose de différent dans leur manière de subir les effets de voisinage de l'abcès. Nous ne savons pas ce qui se passe dans les premiers temps, alors qu'il n'y a qu'un trouble dynamique dans la circulation du foie ; mais à un degré plus avancé, c'est-à-dire lorsque le tissu hépatique va subir la fonte purulente, on voit les veines sus-hépatiques s'obstruer tout d'abord par un caillot sanguin, et présenter, en un mot, tous les phénomènes du premier degré de la phlébite locale ; le caillot devient fibrineux et se prolonge assez loin pour établir une démarcation suffisante entre le pus et les points restés

sains de l'appareil circulatoire sus-hépatique ; ces caillots font qu'à l'état normal, tant pendant la période de formation de l'abcès que lorsque cet abcès s'est entouré d'une membrane pyogénique, il n'y a pas communication entre le pus et le sang veineux efférent, de sorte que la résorption purulente se trouve parfaitement prévenue de ce côté.

Cependant il arrive quelquefois que la protection n'est pas aussi efficace, et dans ce cas il y a transport de pus dans l'appareil circulatoire, et très probablement formation d'abcès métastatiques qui viennent se développer, soit dans le foie lui-même, soit dans le poumon; mais il faut avouer que nous sommes encore très imparfaitement renseignés sur ces particularités, et je ne fais que rappeler une observation, tout incomplète qu'elle est, pour montrer seulement que la présence du pus a été signalée parfois dans ces veines sus-hépatiques.

Artères

L'artère hépatique est peut-être le vaisseau le plus facilement et le plus rapidement influencé par l'état morbide du foie, et dès le moment où la glande subit des altérations de fonction par le fait de l'hyperhémie active de son tissu, cette artère hépatique commence à en être influencée partiellement. Dès que l'inflammation se manifeste dans un point et bien avant que la suppuration soit formée, les radicules voisines de l'artère hépatique ne portent plus de sang, qui s'arrête dans leur cavité, s'y coagule très vite après, et les transforme en petits tubes cylindriques pleins qui empiètent sur la portion la moins altérée de la glande, c'est-à-dire sur celle qui est la plus éloignée du pus; il s'ensuit que lorsque la cavité purulente s'est constituée, ses parois sont au contact de portions de l'artère hépatique relativement assez volumineuses, et dont les radicules de nouvelle formation n'auront pas un long chemin à faire pour

venir constituer un acis vasculaire sur la membrane pyogénique en voie de formation.

Lymphatiques

Les symphatiques ne paraissent pas éprouver de lésion appréciable dans le tissu hépatique qui circonscrit l'abcès; ils ne sont détruits que mécaniquement par le progrès de la fonte purulente, de sorte qu'ils sont au contact de la poche pyogénique aussitôt que celle-ci s est constituée.

Nous venons de voir ce qui se passe dans les divers vaisseaux constitutifs du foie qui se trouvent à proximité des points de l'organe atteints d'inflammation et de suppuration, disons un mot de ceux qui, au contraire, restent dans le centre même de l'abcès.

Au moment où la fonte purulente s'établit, les vaisseaux qui se trouvent placés dans le foyer même de la suppuration disparaissent comme tous les autres éléments, emportés qu'ils sont par le travail de mortification pyogénique.

Ceux qui sont placés tout à fait aux confins du siège de la fonte purulente résistent un peu au travail de destruction, tout en subissant des altérations profondés, et comme cette résistance est d'autant plus efficace que leurs parois sont plus complètes, c'est-à-dire que leur calibre est plus volumineux, il arrive parfois qu'ils restent saillants dans la cavité qui vient de constituer la fonte purulente constituant des appendices plus ou moins flottants et plus ou moins longs, au centre desquels on trouve encore une cavité parcourue par un courant sanguin.

Mais bientôt, sous l'action continue de la pression qu'ils subissent, et aussi parce que leur contenu n'est plus doué du même mouvement circulatoire, puisqu'ils sont devenus une impasse vasculaire au lieu d'être des canaux ouverts aux deux extrémités, ces vaisseaux se laissent déprimer, s'accolent

obliquement contre les parois de la poche purulente et diminuent peu à peu de calibre, pour arriver même à disparaître plus ou moins complètement.

APPAREIL BILIAIRE

Cet appareil comprend, on le sait, les canaux biliaires, la vésicule et le conduit excréteur (canal cholédoque); nous y ajouterons la bile pour nous rendre aussi bien que possible compte des modifications qui peuvent se présenter dans ce département.

Canaux biliaires

Lorsque la fonte purulente se produit en un endroit donné du foie, les canaux biliaires y sont détruits comme les autres organes, et si on débarrasse la cavité qui s'est formée du pus qu'elle contient, on voit s'ouvrir à sa périphérie les canaux biliaires qui ont été très exactement détruits par la fonte purulente comme ils l'auraient été par un instrument tranchant. Dans ce moment, rien n'obture la lumière de ces canaux, qui dans maintes circonstances déversent leur produit dans la cavité qui contient le pus, ce dont on peut s'assurer par l'examen direct, soit de ce pus, soit des parois de l'abcès.

On comprendrait parfaitement que ces canaux biliaires aient pu, dans le cas qui nous occupe, servir à transporter le pus de l'abcès dans la vésicule, et par conséquent le duodénum, e connais un fait de ce genre ; de sorte qu'il y a là un mode d'élimination du pus qui se fait de la manière la plus naturelle, on peut dire ; mais trop souvent, au contraire, les canaux, loin de porter le pus du centre au dehors de l'organe, servent dans nombre de cas à accroître le volume de la cavité purulente.

Lorsque l'abcès s'entoure d'une membrane pyogénique, cette membrane vient obturer les canaux biliaires et inter-

rompre par un écran toute communication entre eux et la poche purulente. Morhead parle d'une autopsie faite par le Dr Leth (p. 345) dans laquelle le pus du foie pénétrait dans les conduits biliaires pour arriver dans le duodénum. Je connais deux faits extrêmement intéressants de passage du pus du foie dans la vésicule, et de la vésicule dans le duodénum. Pendant la vie, on constatait de temps en temps à l'épigastre une tumeur fluctuante qui disparaissait subitement, parfois sans qu'on s'en rendît compte, et l'autopsie donna l'explication très naturelle de ce phénomène longtemps inexpliqué : l'abcès se vidait en partie dans la vésicule à un moment donné, et la fluctuation était manifeste, puis cette vésicule se vidait par le canal cholédoque, et on ne sentait plus la tumeur liquide. On eût pu ouvrir la vésicule en croyant atteindre seulement l'abcès, si on avait agi chirurgicalement. M. Blondeau (thèse de Paris, 1851, p. 22) cite un fait analogue.

Dans ce cas d'existence d'une membrane pyogénique, les canaux biliaires arrivent sans altération bien sensible jusqu'à son contact si le tissu hépatique n'a pas subi de tassement, et, au contraire, leur lumière s'aplatit, diminue et finit même par s'oblitérer sous l'influence excentrique exercée par la poche pyogénique.

Il est arrivé qu'un abcès a comprimé les canaux excréteurs du foie et la vésicule au point d'empêcher l'écoulement de la bile dans le duodénum ; dans ces cas, la vésicule s'est distendue dans de grandes proportions. Haspel (*loc. cit.*, p. 206) cite un fait de ce genre. Dans un autre cas rapporté par Cambay (*loc. cit.*, p. 263), l'oblitération ayant eu lieu sur le conduit afférent de la vésicule, celle-ci était, au contraire, affaissée et ne contenait plus qu'une matière jaune concrète ressemblant à de la graisse granulée. Gauverit (thèse de Paris, 1849, p. 9) parle d'un cas où l'abcès ayant eu son siège dans le voisinage de l'appa-

reil cystique la vésicule se trouvait refoulée vers une paroi et tellement diminuée de volume qu'il fut difficile de la retrouver.

INFLUENCE DES ABCÈS SUR LES DIVERS ORGANES ABDOMINAUX EXTÉRIEURS AU FOIE

De même avons-nous vu que le foie malade et en voie de suppuration réagit sur le diaphragme, le péricarde, le poumon, la paroi thoraco-abdominale par action de voisinage, de même nous comprenons que, suivant le siège de certains abcès, les divers organes abdominaux voisins doivent être influencés aussi d'une manière plus ou moins directe; cherchons à présenter l'exposé de ces diverses altérations.

VEINE CAVE

La veine cave ayant des rapports de voisinage très intime avec la glande hépatique, nous devons nous demander si elle ne subit pas quelque altération par le fait du voisinage d'un foie atteint d'hépatite. Nous n'avons guère à ce sujet qu'à nous préoccuper des phénomènes produits par l'abcès du foie, car dans les périodes antérieures de cette hépatite, la séparation qui existe entre la veine et l'organe est suffisante pour éviter un retentissement trop direct, et par ailleurs nous n'avons pas ici en dehors des abcès du foie, les phénomènes mécaniques qui se passent dans la cirrhose ou l'hypermégalée, par exemple.

Nous trouvons dans l'ouvrage de Rouis un fait (obs. 8) qui semble démontrer la possibilité de l'ouverture d'un abcès du foie dans la veine cave inférieure, puisque la separation entr le pus et la colonne sanguine etait à

peine d'un millimètre. Nous avons dans nos observations un fait assez analogue.

En général, l'enveloppe fibreuse qui sépare le tissu du foie de la veine cave fait que, malgré le voisinage, il n'y a pas grande altération produite.

Cependant, malgré ces deux faits, on peut dire que, d'une manière générale, la veine cave est assez bien garantie contre les occurrences engendrées par un abcès du foie, et même dans le cas où elle serait altérée, ces altérations se confondant avec des lésions plus importantes, sont noyées, sous le rapport des conséquences, dans les accidents autrement plus directement pernicieux qui surviennent.

RATE

Les abcès du foie peuvent, dans certains cas assez rares, mais cependant constatés nombre de fois, se trouver placés de telle sorte qu'ils exercent une action de voisinage sur la rate.

Quant à ce qui est des modifications de la rate qui peuvent se présenter dans le cas d'hépatite, nous dirons qu'elles n'ont rien de pathognomonique et que, sans le cas d'altération par contact ou voisinage, la rate ne subit aucune influence sensible. Ainsi, si le sujet était impaludé, nous la trouvons volumineuse, friable; dans le cas contraire, elle peut être petite, ratatinée; en un mot, on ne peut jusqu'à présent saisir aucune relation directe entre l'hépatite et l'état de la rate, hors des relations de voisinage et de contact.

ORGANES URINAIRES

Les lésions anatomiques ayant pour cause l'hépatite sont très restreintes dans les organes urinaires, mais cependant méritent de nous arrêter un instant. Nous avons à dire un mot séparément du rein et de la vessie pour les étudier.

Rein

Les reins, comme la rate et la plupart des organes abdominaux, peuvent se trouver influencés par l'hépatite arrivée surtout à la période de suppuration. Comme c'est surtout et exclusivement une action de voisinage ou de contact, on comprend que le rein droit est influencé incomparablement plus souvent que le rein gauche; en effet, il faudrait que la lésion eût porté sur la face inférieure du petit lobe du foie pour arriver jusqu'à ce rein gauche, et encore dans ce cas la présence de la rate a exercé une sorte de protection qui a empêché une action trop directe.

Le premier effet produit par un abcès du foie qui se dirige vers le rein c'est le tassement du tissu cellulaire qui forme comme une atmosphère autour de la glande, et celle-ci se trouve à son tour refoulée mécaniquement contre la paroi abdominale postérieure. Dans les cas de ce genre, Rouis dit qu'il se produit une décoloration et un tassement proportionnels à la pression qui a été exercée.

En revanche, le rein droit se termine dans nombre de cas au contact du foie hypertrophié, et même il est assez souvent refoulé, aplati par l'organe hépatique contre la paroi du tronc. Un abcès qui est à la face postéro-inférieure du foie arrive quelquefois jusqu'à l'organe uro-poétique, qui en subit une irritation de voisinage et peut arriver à recevoir le pus épanché à son contact.

Bientôt cependant la compression et l'influence de voisinage provoque une hyperhémie limitée de la portion de la glande qui est la plus voisine de l'abcès, et alors on voit apparaître une irritation inflammatoire qui ira en augmentant à mesure que l'abcès s'approchera davantage.

Nous avons quelques observations montrant ce qui survient sous l'influence et l'action du voisinage, et l'action de contact; la première est celle dans laquelle il y a le moins d'altérations, car le pus est resté jusqu'au dernier moment séparé de la glande par un peu de tissu cellulaire.

Lorsque le pus s'est trouvé pendant un temps suffisamment long au contact du rein droit, alors que la poche pyogénique avait encore de la tendance à l'accroissement, il se passe du côté de l'organe uro-poétique ce qui se passe partout en pareil cas, c'est-à-dire que la membrane d'enveloppe du kyste, membrane pyogénique, s'amincit, se résorbe et finit par disparaître, c'est-à-dire par n'avoir plus aucune fonction de protection en cet endroit.

La manière dont cette membrane s'amincit et se résorbe n'a pas besoin de nous occuper longtemps, on le comprend, c'est la pression qui est la cause de l'atrophie et de la régression de ses divers éléments.

Une fois que la pyogénique a disparu, le pus se trouve au contact du rein lui-même, qui non seulement est dénudé en cet endroit de son atmosphère de tissu cellulaire, mais encore a subi déjà une influence de voisinage qui l'a profondément irrité. Le pus a d'autant plus de facilité alors pour erroder la substance du rein, et dans ce cas on observe bientôt une ulcération de la glande rénale qui peut arriver jusqu'à faire communiquer le pus avec les calices et par conséquent ouvrir une voie assez large à la suppuration, qui est entraînée dans la vessie et excrétée en même temps que l'urine.

J'ai vu un cas de ce genre qui fut très curieux ; le malade, qui avait eu des urines parfaitement claires pendant longtemps, trouva un jour une quantité notable de pus dans son vase de nuit. Je pris soin de le faire uriner dans un verre, et constatai la réalité de mon diagnostic pendant plus de quinze jours. Ajoutons que ce pauvre diable fut assez heureux pour guérir.

Urétères et vessie

Une fois que le pus a pénétré dans le rein, il est transporté mécaniquement dans la vessie par l'urétère et de là excrété avec l'urine. Il est indiscutable que le passage du pus dans les conduits et réservoir peut avoir et a une action irritative topique qui peut aller plus ou moins loin ; mais on nous permettra de ne pas insister bien longuement sur elle, pour la double raison que le phénomène du transport du pus hépatique par l'appareil urinaire est un phénomène relativement rare, et que, d'autre part, il ne présente rien de différent de ce que l'on observe dans les cas d'abcès du rein ; de sorte que ce serait donner à notre travail une longueur injustifiée que d'insister trop longuement sur les lésions de l'appareil urinaire, dans le cas d'abouchement d'un abcès du foie dans le rein.

Il va sans dire que sauf ce cas d'influence de voisinage ou de contact, l'appareil uro-poétique ne présente dans le cas d'hépatite aucune lésion liée directement à la maladie et qui puisse être considérée comme pathognomonique.

INFLUENCE DES ABCÈS DU FOIE SUR LE TUBE INTESTINAL

Les rapports intimes et étendus du tube intestinal avec le foie font que, dans un grand nombre de cas, les abcès hépatiques se sont fait jour dans l'appareil digestif.

C'est avec l'estomac, avec le duodénum, avec le côlon transverse, que les abcès du foie peuvent communiquer, et suivant le point où siège la perforation, on constate des altérations particulières; cependant le mécanisme est toujours le même, de sorte qu'à côté de différences engendrées par la spécialité de lieu, il y a des points de ressemblance dans tous les cas de communication d'un abcès du foie avec le tube digestif.

Les phénomènes généraux des ouvertures des abcès du foie dans le tube intestinal sont ceux-ci : la partie du foie qui est voisine de l'abcès et du tube digestif subit une irritation de voisinage qui provoque bientôt par approche une irritation des feuillets séreux correspondants ; ces feuillets s'accolent de sorte qu'à une première période on constate déjà une adhérence qui devient de plus en plus intense à mesure qu'il s'écoule plus de temps.

Bientôt la tunique musculeuse perd de sa cohésion; les fibres lisses subissent une régression qui entraîne leur rupture, puis leur atrophie et leur disparition dans une étendue en rapport avec l'intensité et l'étendue en surface de l'irritation. Les feuillets séreux, muqueux, fibreux, celluleux se raréfient, s'amincissent et enfin se déchirent à un moment donné, sous l'influence d'un mouvement du corps ou même d'une simple contraction peu intense d'une région voisine, ou bien encore par le passage du chyme intestinal ou par la pression et le poids du pus ; de sorte que la communication est établie.

S'il s'écoule un temps suffisant, la membrane pyogénique de l'abcès arrive à se prolonger dans la déchirure, à se souder avec la muqueuse intestinale, qui s'est suffisament enflammée dans les environs pour fournir l'exsudat nécessaire l'union de continuité intime.

Si l'individu succombe au moment où la cavité purulente du foie avait encore une certaine capacité, on trouve qu'il y

a une communication fistuleuse plus ou moins large entre cette cavité et la capacité intestinale, et comme il y a dans le tube digestif de l'air et des productions gazeuses, il arrive que la cavité purulente est à son tour en contact soit avec cet air, soit avec ces gaz, condition importante et qui réagit sur la nature du contenu, ou plutôt sur les phénomènes que ce contenu présente.

Primitivement, la communication entre l'abcès du foie et le tube digestif se fait naturellement par une ouverture assez petite, et dont la circonférence, quelle que soit sa forme, est constituée par des lambeaux frangés de ce tube digestif, qui a été errodé en cet endroit ; mais bientôt cette circonférence se régularise, prend une forme moins linéaire, plus ovale ou au moins plus arrondie, et comme dans la plaie du tube digestif la muqueuse tend à faire hernie, il arrive bientôt que cette muqueuse va tapisser assez haut le goulot de la communication, s'étalant ainsi un peu au delà de la capacité stomaco-intestinale.

Les perforations qui font communiquer les abcès du foie avec le tube intestinal ont une étendue variable de 15 à 30 mill., et je ne sache pas qu'on en ait trouvé qui eussent plus de 40 mill. dans leur plus grand diamètre ; elles ont généralement, après un temps suffisant pour qu'elles soient arrivées à la période d'état, une forme ovalaire ou elliptique.

Les perforations de l'estomac sont encore celles qui ont été trouvées les plus étendues.

Il n'est pas sans intérêt de rechercher dans quelles proportions les abcès du foie s'ouvrent dans le tube intestinal, et lorsque ce phénomène arrive quel est le point où se fait le plus souvent la perforation.

Morhead dit avoir vu l'abcès du foie s'ouvrir dans l'estomac dans les proportions de 3,5 p. 0/0.

Sur 30 abcès qui s'étaient frayés passage hors de l'économie, Rouis a trouvé les proportions suivantes :

Paroi thoraco-abdominale	2
Par les bronches	17
Par le tube intestinal	9
Par les voies biliaires	2
	30

Remarquons que Rouis a donné les proportions suivantes pour les 9 abcès du foie ouverts dans le tube intestinal :

Estomac	5
Duodénum	1
Côlon transverse	3
	9

Lorsque la guérison doit survenir et que l'abcès du foie, après s'être vidé tout entier dans le tube intestinal, tend à se re trécir et à disparaître, il arrive un moment où la perforation marche vers la cicatrisation et enfin où la continuité du tube digestif se rétablit. Il n'est pas sans intérêt d'en étudier les phénomènes.

D'abord, comme les perforations sont en relation avec la suppuration à laquelle elles livrent passage, il est rationnel de penser que lorsque l'abcès du foie est arrivé à être réduit à une poche extrêmement minime, et même lorsque cette poche se comblant, l'abondance de la suppuration est ainsi réduite, la perforation subit un retrécissement en rapport avec la diminution de cette suppuration.

Dans deux observations de communication entre un abcès du foie et l'intestin, que fournit Rouis (obs. 24 et 25), il fait remarquer (p. 77) que ces perforations semblent avoir déjà subi un léger rétrécissement, en même temps que le point d'union entre l'intestin et le foie est devenu fibreux ; de plus, que la muqueuse prend une coloration noirâtre pour se continuer sans

ligne de démarcation comme aussi sans plicatures avec le feuillet cicatriciel dont l'intérieur de l'abcès du foie est constitué.

ÉTAT DE LA VÉSICULE BILIAIRE DANS LA DYSENTERIE

L'examen de la vésicule biliaire a une importance du premier ordre dans la dysenterie, et on comprend que quand surtout comme moi on est disposé à faire jouer à l'altération de la bile un rôle prépondérant dans la genèse de la maladie, tout ce qui touche l'appareil biliaire doit présenter un intérêt très grand. Malheureusement nous ne savons encore rien de précis là-dessus, et pour ma part, je ne puis faire avancer la question d'une ligne, à mon grand regret. On a le plus souvent trouvé dans les autopsies la vésicule biliaire distendue par une bile de coloration variable, de même qu'on a le plus souvent trouvé une plus ou moins grande quantité de cette bile dans la cavité intestinale ; mais là s'arrêtent nos connaissances.

Je ne puis donc que signaler cette grande lacune dans l'anatomie pathologique et faire des vœux pour qu'un de mes successeurs s'occupe spécialement de cette question. Ce serait un travail intéressant, capable de tenter l'activité d'un jeune chimiste, qui, à l'aide des réactifs et du microscope, pourrait nous renseigner là-dessus et ferait ainsi faire un pas très heureux à la science.

PANCRÉAS

Nous savons encore peu de chose des altérations que présente le pancréas dans les diverses maladies, et nous ne savons en particulier à peu près rien de ses lésions dans la dysenterie. C'est qu'en effet les autopsies sont muettes touchant son état dans la diarrhée et la dysenterie aiguë, ou bien elles disent seulement

état sain, ce qui veut dire, en réalité, que l'on n'a pas encore apprécié à leur juste valeur les diverses modifications qu'on a pu observer.

C'est à peine pour la dysenterie chronique, et surtout pour la diarrhée chronique, et en particulier pour celle de Cochinchine, si nous commençons à avoir quelques renseignements. En effet, les médecins qui ont fait des autopsies de cette maladie ont signalé diverses altérations. M. Bertrand, médecin de 1re classe de la marine (*Arch. de Méd. nav.*, mai 1879, t. 29, p. 353), dit qu'à de très rares exceptions près le pancréas a été trouvé, dans les autopsies qu'il a consultées, petit, atrophié, durci, la rate et le foie étant le siège d'altérations de même nature en général.

Sous le rapport du poids et du volume, le pancréas est très généralement diminué sensiblement dans cette diarrhée chronique, et le poids physiologique pouvant être considéré comme étant de 70 grammes, en moyenne, chez l'homme, d'après Sappey, nous dirons que notre excellent ami le Dr Talairach, dans sa thèse de Montpellier (1874), a trouvé qu'il pesait, en moyenne, 56 grammes chez les sujets qui ont succombé à la maladie dont nous parlons.

D'autre part ajoutons que, sous le rapport de la consistance, on l'a trouvé souvent dur, scléreux, en même temps que visiblement diminué de volume et de poids. A la coupe, non seulement son tissu est durci, mais encore il semble parfois avoir subi une transformation calcaire.

Ces lésions sont encore mal connues et mal appréciées; mais il aura suffi, j'espère, qu'elles soient signalées pour tenter quel que travailleur qui cherchera par l'observation à déterminer leur étendue, leur fréquence et leur nature, et comblera ainsi un vide qui existe actuellement dans nos connaissances à cet endroit.

RATE

Les médecins qui ont cru que la dysenterie avait des relations avec le paludisme, ont pensé que la rate pouvait présenter des lésions appréciables dans la dysenterie ; mais aujourd'hui on sait très bien que lorsque le sujet n'était pas impaludé par ailleurs, la rate n'offre aucune lésion qui, dans l'état actuel de nos connaissances, puisse être rattachée à la maladie.

APPAREIL URINAIRE

L'apparition de troubles fonctionnels dans l'appareil urinaire est assez fréquente dans la dysenterie, nous l'avons vu en parlant des complications et en faisant l'analyse des symptômes ; aussi est-il naturel de se demander quelles sont les lésions que l'on peut trouver à l'autopsie dans cet appareil. On sait que Stoll a dit que la maladie se jetait parfois sur la vessie ; ces raisons devaient porter l'attention du côté de ces organes dans les nécropsies.

Nous sommes néamois encore très ignorants des lésions que les reins peuvent présenter dans la dysenterie aiguë ou chronique. Ces organes ont paru parfois plus rouges, plus secs qu'à l'état normal ; on a signalé leur congestion sanguine dans certains cas. Cornuel dit avoir rencontré dans les bassinets une très petite quantité de liquide blanchâtre, d'apparence grasse, ressemblant plus à du pus qu'à de l'urine. Mais nous sommes obligés de reconnaître que ces indications sont réellement trop vagues pour fixer les idées d'une manière utile ; aussi pour ceci comme pour une infinité d'autres points, faut-il appeler de nouvelles investigations.

Quant aux lésions de la vessie, nous ne sommes guère plus avancés. Il est probable que dans la dysenterie aiguë les lésions vésicales ne sont pas la règle en général et ne présentent

pas de caractères bien saillants, car c'est à peine si on a signalé qu'elle était petite, contractée derrière le pubis, dans les cas de ce genre.

Dans quelques cas de dysenterie chronique, on a trouvé la vessie épaissie, irritée, vascularisée; mais nous ne savons pas encore quelle importance il faut prêter à cette altération, qui d'ailleurs paraît être assez rare.

L'urine est assez souvent rouge trouble, en petite quantité dans la vessie; la chose se comprend assez bien quand on songe aux phénomènes de dysurie et de strangurie qu'on observe dans nombre de cas de dysenterie aiguë ou chronique; mais ici encore, nos connaissances sont à peu près nulles, et comme précédemment j'en suis réduit à répéter que de nouvelles recherches sont nécessaires pour nous éclairer d'une manière satisfaisante.

CHAPITRE NEUVIÈME

TRAITEMENT

Le traitement est un des points les plus importants de l'histoire de la dysenterie, et c'est peut-être lui qui est le plus difficile à exposer, car la thérapeutique de la maladie a été encombrée par une si grande multitude de moyens différents que le praticien ne sait souvent au juste s'il fera bien ou mal de s'adresser à tel ou tel.

Ainsi que je l'ai dit à diverses reprises, l'énorme quantité de moyens proposés contre la maladie est, ici comme toujours, l'indice d'une extrême pauvreté thérapeutique. D'ailleurs, il suffit de rappeler que des médecins très autorisés ont formulé que lorsque la dysenterie atteint un individu au Sénégal, en Algérie, en Égypte, dans l'Inde, en Cochinchine, dans les Antilles, l'Amérique tropicale ou les mers du Sud, on ne peut espérer, cinq ou huit fois sur dix, la guérison qu'en le renvoyant en Europe, pour montrer toute l'insuffisance des moyens de traitement connus jusqu'à ce jour. Les individus qui sont atteints dans la zone tempérée sont heureusement dans de meilleures conditions, il faut le reconnaître; ils peuvent guérir vite, bien,

et ne conserver aucun reliquat de leur atteinte. Mais dans une infinité de pays et surtout dans la zone tropicale, il n'en est pas ainsi, et si par une médication appropriée on peut assez généralement venir à bout d'une première atteinte, trop souvent des complications hépatiques ou une susceptibilité exagérée du tube digestif remettent à chaque instant tout en question; les rechutes, les récidives sont incessamment imminentes jusqu'à ce qu'un accident morbide, une aggravation, un abcès du foie ou telle autre atteinte dépendante de la maladie primitive, vienne terminer la vie de l'imprudent qui s'est obstiné à rester dans les conditions où la maladie a prise sur lui.

Dans cette étude si difficile, la complexité des sujets à traiter réclame un ordre sévère, sous peine d'une confusion très regrettable. Par conséquent, pour l'appréciation de la valeur réelle des divers agents thérapeutiques préconisés contre la dysenterie, nous allons d'abord passer en revue toutes les diverses classes de médicaments employées contre les flux de ventre, et ayant ainsi fait l'analyse, nous entreprendrons ensuite de dire ce qu'il faut faire à notre avis suivant les divers cas qui peuvent se présenter et suivant qu'on a affaire à telle ou telle catégorie de diarrhée ou de dysenterie, aiguë ou chronique.

Mais dois-je en faire l'aveu? un grand nombre des médicaments proposés à diverses époques et par les médecins des nations les plus différentes ne me paraissent pas mériter la faveur dont ils ont joui ou jouissent encore; je les ai essayés pour la plupart sur une assez vaste échelle et avec assez de soin pour me faire une opinion justifiée sur leur compte. Or je suis arrivé à ne prêter qu'une très médiocre confiance à l'immense majorité des formules qui remplissent tous les livres de médecine et de thérapeutique de la littérature médicale. — Si on met hors de cause quelques purgatifs, les sels neutres,

l'huile de ricin, par exemple, l'ipéca, l'opium et à peine quatre ou cinq autres médicaments; si on met aussi hors de cause le lait, qui au double titre d'aliment et de médicament rend d'immenses services déjà dans le traitement des flux de ventre, et est appelé à en rendre de plus grands encore, l'interminable liste des moyens proposés contre les flux de ventre pourrait, à mon avis, être supprimée d'un coup, sans que les malades eussent beaucoup à en souffrir.

Je crois bien volontiers, toutes les fois que je vois un médecin préconiser une subs ance nouvelle ou exhumer du vieil arsenal pharmacologique une formule oubliée qui lui donne des résultats excellents dans le traitement de tel ou tel flux de ventre, je crois volontiers, dis-je, qu'il est bien convaincu; mais puis-je partager son opinion? — Non, et cela pour deux raisons, c'est qu'avec les purgatifs salins, l'ipéca, l'opium et le lait donnés avec mesure et discernement, je suis persuadé que je guérirais ses malades, quels qu'ils soient, aussi vite et aussi bien, sinon plus vite et mieux. La seconde c'est que, si la formule nouvelle ou rajeunie donne de bons résultats dans les mains de celui qui, lui portant un intérêt de paternité ou de patronage, s'occupe d'une manière particulièrement attentionnée de tout ce qui peut la faire réussir, dès qu'elle est tombée dans le domaine courant et employée sans soins spéciaux, elle n'est pas plus efffcace que les autres; elle perd même trop souvent son utilité d'une manière absolue.

On le voit, j'ai, au sujet de la thérapeutique des flux de ventre, des idées qui sont loin d'être favorables à la polypharmacie; je voudrais, dans mes écrits comme dans ma pratique, arriver à faire prévaloir l'idée de la simplification des choses qui a été absolument oubliée pour la maladie qui nous occupe. Et si je le pouvais, je ne parlerais que de cinq ou six moyens thérapeutiques au plus, persuadé que tous les autres sont sinon tout

à fait inutiles, peuvent au moins être suppléés par ces cinq ou six moyens précités. Aussi, si on ne trouve pas dans mon livre des développements plus grands au sujet du nombre des médicaments antidysentériques ou antidiarrhéiques, si on n'y trouve pas de longues et nombreuses formules qu'il m'eût été bien facile de puiser dans les livres les plus usuels de thérapeutique et de pharmacologie, on ne pensera pas que c'est négligence; mais on y verra le peu de confiance que j'ai dans l'efficacité de ces mille et un moyens prétendus infaillibles et qui ne guérissent cependant à peu près jamais.

Je ne manquerai pas de répéter ici ce que j'ai dit à maintes reprises : pour avoir quelques chances de bien soigner un flux de ventre, il faut que le médecin examine les selles chaque jour, chaque fois même qu'il voit le malade. La chose a une importance capitale, et qu'on ne saurait trop rappeler à l'esprit de tous les intéressés. Et, en effet, l'aspect de la selle vous montre l'état de la maladie, l'action produite par le médicament prescrit la veille, la profondeur et la gravité de l'atteinte, souvent son siège, la tendance à l'aggravation ou à l'amélioration. La selle vous dit encore s'il faut continuer la médication adoptée ou la modifier, si des aliments peuvent être permis ou, au contraire, s'il faut les défendre, si telle substance est digérée ou non; bref, répétons-le encore pour en bien graver l'importance dans l'esprit du lecteur, l'examen des selles est de la plus capitale utilité dans le traitement de la dysenterie.

C'est au point que, pour ma part, je ne fais pas une prescription à un dysentérique sans avoir regardé son vase : Conservez les selles pour que je puisse les voir, est la recommandation la plus pressante que je fasse. Car, je l'avoue, je ne saurais vraiment comment me rendre compte de l'état du malade sans cet examen, et j'estime que j'agirais en aveugle en conseillant de prendre, de continuer ou de cesser n'importe quel médicament

si je ne m'étais basé au préalable sur la nature des déjections. A chaque instant, en effet, un malade vous dit de très bonne foi : je fais le sang et la graisse. Qu'en inférerez-vous? Il peut avoir une dysenterie de moyenne intensité, une rectite ou simplement des hémorrhoïdes? Il vous dit que ses selles sont liquides, ne contenant pas de sang ; mais sont-elles séreuses, bilieuses, muqueuses, lientériques, etc. etc.? Vous n'en pouvez rien savoir. Enfin, lorsque vous avez fait une prescription, comment saurez-vous l'effet obtenu si vous n'examinez pas les selles, et par conséquent, sur quoi vous baserez-vous pour continuer ou suspendre une médication?

Les indications du malade ne peuvent vous servir que de la manière la plus incomplète, même alors qu'il étudie avec soin ses déjections, à plus forte raison seront-elles absolument imparfaites si, au lieu de venir à la selle dans un vase, et d'examiner avec attention le produit de son excrétion, il va dans les lieux d'aisances, où les matières tombent directement et aussitôt dans la fosse commune. Avec toute la bonne volonté possible, dans ce dernier cas, on ne peut être renseigné sur la qualité, ni même sur la quantité de ces matières, chose qui paraîtra assurément exagérée au lecteur et qui cependant est rigoureusement vraie. C'est qu'il ne faut pas s'y tromper, l'impression ressentie à l'anus par le passage des fécès ne donne que des indications extrêmement imparfaites ; c'est ainsi, par exemple, que si le rectum est un peu congestionné, s'il y a de la constipation, une scybale du volume d'une noix, cheminant lentement, donnera l'impression d'un long cylindre de matières fécales, tandis que si la selle, plus lubréfiée, est poussée sans difficulté, elle donnera une impression qui fera croire qu'elle n'était ni grosse ni abondante. Lorsque la vue ne vient pas la contrôler, l'appréciation fournie par cette impression tactile de l'anus est comme celle de l'impression tactile du gosier, elle

est en rapport direct avec le temps de sa durée. Et de même qu'en buvant un verre d'eau par petites gorgées lentes on croit avoir bu beaucoup plus abondamment qu'en ingérant la même quantité d'un trait rapide, de même, une selle émise rapidement paraît plus petite, moins abondante qu'une qui est excrétée plus lentement.

On le voit, il est de toute nécessité que la vue vienne à chaque instant ici corroborer les indications fournies par ailleurs. Aussi j'estime pour ma part, avec la fermeté de toute ma conviction, qu'une prescription médicale faite dans la dysenterie sans avoir vu la dernière selle est une prescription téméraire et manquant du premier élément qui doit guider celui qui veut faire une bonne thérapeutique.

Ceci étant dit, entrons dans l'étude attentionnée des moyens de traitement de la dysenterie, et lorsque nous l'aurons finie, nous essaierons de condenser les connaissances acquises, pour montrer comment, d'après moi, on peut soigner telle ou telle catégorie, telle ou telle forme des flux de ventre. Pour ce qui est de l'ordre à suivre dans l'énumération des divers agents thérapeutiques qui vont nous occuper, nous suivrons la marche que la plupart des auteurs ont adoptée, et nous parlerons successivement des : 1° émissions sanguines ; 2° émollients et calmants externes ; 3° révulsifs cutanés ; 4° hydrothérapie ; 5° vomitifs ; 6° purgatifs ; 7° ; narcotiques ; 8° acides végétaux ; 9° stimulants et toniques ; 10° balsamiques ; 11° astringents ; 12° ferrugineux ; 13° obturants ; 14° divers ; 15° tisanes ; 16° lavements.

Je m'occuperai ensuite : 17° du régime et en particulier du lait ; 18° de la calorification. J'essaierai enfin de formuler la manière dont les divers flux de ventre qui peuvent se présenter doivent être soignés, et après avoir dit un mot du traitement des diverses complications, entre autres de l'hépatite et de l'abcès du foie, je suivrai le malade jusqu'au bout de sa convalescence.

ÉMISSIONS SANGUINES

Les émissions sanguines ont été tour à tour proscrites et recommandées dans le traitement de la dysenterie. Les uns les ont considérées comme éminemment utiles, les autres ont prétendu qu'elles étaient indifférentes, et enfin un grand nombre ont soutenu qu'elles étaient nuisibles.

Pour essayer de nous rendre compte de leur valeur il faut les partager en deux groupes : *A*. Émissions sanguines générales; *B*. Émissions sanguines locales. Les deux catégories répondent à des indications thérapeutiques différentes, quoique très voisines.

A. ÉMISSIONS SANGUINES GÉNÉRALES

Il est probable que la saignée a été employée dans la dysenterie depuis un temps immémorial. Dans certains pays on a eu pendant si longtemps l'habitude d'ouvrir la veine dans toutes les maladies aiguës ou chroniques, qu'il est infiniment probable que la dysenterie ne faisait pas exception.

Sydenham avait grande confiance dans ces émissions sanguines, car non seulement il les opposait hardiment à la dysenterie aiguë, mais encore il poursuivait ses accidents consécutifs avec leur aide : « Quand la dysenterie est mal guérie, disait-il, le malade est quelquefois travaillé de douleurs pendant des années entières; en ce cas-là, la saignée réitérée opère la guérison. »

La plupart des médecins des siècles passés avaient grande confiance dans les émissions sanguines pour la guérison de la dysenterie; Stoll, comme Sydenham et bien d'autres, pratiquait la saignée au début de la dysenterie, et ne recourait qu'ensuite aux purgatifs.

Zimmermann est un des rares praticiens du siècle dernier

qui ne fut pas partisan de la saignée, car il dit : « Je ne l'ai pas mise en usage dans la dysenterie maligne, parce que je l'ai trouvée peu nécessaire dans la dysenterie bilieuse. »

Il faut bien se rendre compte des mobiles qui poussaient les médecins des siècles antérieurs au nôtre dans l'emploi de la saignée : ce n'était pas à titre de moyen antiphlogistique, mais comme éliminateur de la *matière peccante* cause de la maladie.

Au commencement du siècle actuel, les médecins poursuivirent un autre but avec les émissions sanguines : ne voyant dans la dysenterie qu'une inflammation localisée, ils comptèrent éteindre cette inflammation par la saignée, et alors ils furent entraînés logiquement à répéter cette saignée tant que la maladie ne guérissait pas. Puis la réaction se fit, et bientôt on arriva à proscrire ces émissions sanguines dans la dysenterie comme dans toutes les maladies, craignant surtout et avant tout l'*anémie*, et attribuant volontiers à l'émission sanguine tous les inconvenients, tous les dangers même que d'autres attribuaient précédemment, soit à la maladie elle-même, soit à l'oubli ou à la retenue en matière de saignée.

B. ÉMISSIONS SANGUINES LOCALES

Aux époques où la saignée générale était en honneur dans la thérapeutique, les saignées locales étaient largement employées. Dans les moments où cette saignée générale a été moins volontiers appliquée et même a été en défaveur, les saignées locales ont encore été volontiers mises en usage, se présentant logiquement à l'esprit comme une atténuation de l'émission sanguine générale, qui paraissait ou trop dangereuse, ou trop énergique, de sorte que la catégorie dont nous parlons ici a été, plus souvent encore que la précédente, employée dans le traitement de la dysenterie. C'est à peine si

aux moments où on s'élevait avec le plus de vigueur contre la médecine dite physiologique, on a diminué le nombre des cas d'indication de ces saignées locales, et dès qu'il s'est produit un nouveau courant d'idées, il était naturel qu'on y recourût aussitôt, car elles constituent, à vrai dire, un moyen de transition.

Ces saignées locales ont été appliquées, soit sur le trajet des côlons, soit à l'anus; dans le second cas, c'est uniquement aux sangsues qu'on a eu recours, dans les premiers, c'est tantôt les sangsues, tantôt les ventouses scarifiées qu'on a employées, ces ventouses paraissant à quelques praticiens avoir l'avantage de combiner heureusement les effets de l'émission sanguine avec ceux de la révulsion par la douleur qu'occasionnent l'instrument tranchant et la cicatrice des petites plaies linéaires ou ponctuées qu'on pratiquait sur la peau de l'abdomen.

Que dirons-nous de ces émissions sanguines, tant générales que locales? Eh bien, pour ce qui est des premières, après avoir passé en revue sommairement la pratique de nos devanciers, et avoir vu la saignée tour à tour exaltée et proscrite, je dirai volontiers comme Delioux : « Je n'ai jamais trouvé dans ma pratique un cas où la saignée du bras fût absolument indiquée. » Mais je n'ajouterai pas comme lui que je ne me figure pas les circonstances où elle pourrait être utile; en effet, étant donné un sujet fort pléthorique atteint violemment et d'une manière sévère par des symptômes dans lesquels l'élément inflammatoire sauterait aux yeux, je me baserais volontiers sur l'innocuité relative d'une saignée, innocuité prouvée au moins par l'abus qui a été fait pendant tant de siècles des émissions sanguines, pour recourir à ce moyen. On le voit donc, tout en n'ayant pas trouvé encore l'opportunité d'une pareille médication, je ne lui suis point hostile en principe, et si demain je me trouvais en présence d'un cas tel que ma

pensée me le représente facilement, je n'hésiterais pas à y recourir. Je ne crois pas que cette saignée soit jamais un moyen thérapeutique courant à employer banalement, mais enfin, tout rarement indiqué qu'il soit, il peut avoir son utilité dans certaines circonstances.

Quant à ce qui est des émissions sanguines locales, je les vois d'un bien meilleur œil, puis-je dire, et j'ai eu maintes fois l'occasion d'y recourir.

On a préconisé l'usage des sangsues à l'anus dans la dysenterie, et quelques médecins ont vu dans le ténesme et les épreintes une indication de ce moyen thérapeutique alors qu'ils auraient mis des sangsues ou des ventouses sur le trajet du côlon dans le cas où les coliques auraient prédominé. Je crois, pour ma part, que cette pratique peut avoir des avantages sérieux, car une émission sanguine portant directement sur les veines du gros intestin paraît rationnelle, d'autant que comme après la chute des sangsues on place le sujet dans un bain de siège, on favorise l'écoulement du sang en plus grande quantité, et on ajoute ainsi à l'action déplétive de la saignée locale la sédation que produit le bain de siège. D'autre part, bien que je ne croie pas aveuglément à une grande utilité des ventouses scarifiées sur le trajet des côlons, je dois reconnaître que dans plusieurs cas je leur ai vu produire, il me semble, de bons effets, de sorte que c'est un moyen que j'ai employé et auquel je recourrai encore dans ma pratique.

Je le répète, ce n'est pas un moyen de thérapeutique courante; il me paraît indiqué seulement dans le cas où il y a cette coïncidence d'une inflammation aiguë avec phénomènes réactionnels intenses chez un sujet fortement constitué, jeune et pléthorique; mais dans ces conditions il peut avoir son utilité.

Les ventouses scarifiées en grand nombre sur toute l'étendue de l'abdomen ou *loco dolenti*, dans un cas d'imminence de

péritonite, sont un des moyens indiqués. Quelle peut être leur utilité en pareil cas? Je n'oserais dire qu'elle est bien grande, mais néanmoins je l'emploierai encore comme je l'ai employée bien des fois, faisant suivre ces ventouses de grands bains, de cataplasmes, de fomentations émollientes, narcotiques, etc. etc.; et tout ce que je puis dire au moins en leur faveur, c'est qu'elles ne m'ont pas paru être nuisibles.

ÉMOLLIENTS ET CALMANTS EXTERNES.

Les émollients et calmants externes, c'est-à-dire appliqués sur la surface cutanée, paraissent rationnels de prime abord et ont eu réellement parfois une utilité incontestable dans le traitement de la dysenterie. Ces émollients sont locaux comme le cataplasme, l'embrocation abdominale et le bain de siège, ou généraux comme le grand bain.

Hippocrate conseillait déjà d'entretenir une humidité chaude et constante sur la région hypogastrique dans la dysenterie, et à travers les siècles on retrouve à chaque instant cette prescription répétée souvent. C'est à l'aide de cataplasmes chauds et renouvelés à mesure qu'ils se refroidissent qu'on a longtemps suivi le conseil de maintenir une humidité chaude et constante sur le ventre. Il est de fait que la première impression ressentie par les malades quand on leur applique un large cataplasme bien tiède sur l'abdomen est agréable; ils s'en trouvent si bien qu'on est disposé à priori à penser que c'est un bon moyen thérapeutique. Sous leur influence les coliques semblent moins dures, le ténesme vésical moins pénible, et il arrive souvent que la difficulté d'uriner, qui était un des tourments du patient, diminue sensiblement, au moins momentanément. J'ai vu pour ma part, plus d'une fois, les sujets avoir une urination facile et abondante aussitôt après l'application

d'un grand cataplasme, lorsque avant ils étaient tourmentés par un besoin incessant d'uriner qu'ils ne pouvaient assouvir.

Donc le cataplasme de grandes dimensions et bien tiède, appliqué sur l'abdomen, est en général une bonne chose dans la dysenterie aiguë avec prédominance des phénomènes inflammatoires et douloureux. Mais il faut reconnaître cependant que ces cataplasmes gênent parfois les malades par leur poids, leur tendance au déplacement, l'extravasation de la pulpe ou de la farine qui sert à les faire ; enfin ils ont aussi l'inconvénient de se refroidir vite et de donner alors des impressions de froid humide désagréables. Aussi leur préfère-t-on souvent des fomentations émollientes qui ont absolument les mêmes effets thérapeutiques, sans avoir ces inconvénients de poids, de mobilité, etc. etc. Le moyen le plus employé et jusqu'ici le meilleur mis en œuvre, est l'application sur l'abdomen d'un carré de flanelle épaisse trempée dans l'eau tiède ; on la recouvre alors d'une lame de gutta-percha laminée, ou de tel autre tissu imperméable léger, et le tout est maintenu facilement en place par un bandage de corps.

Dans ces conditions, l'évaporation et le refroidissement sont assez lents pour que le malade n'ait pas besoin d'avoir son bandage renouvelé très souvent dans les vingt-quatre heures. Néanmoins, quelque rare que soit ce renouvellement, il a paru constituer un inconvénient, et en outre, quelques médecins ont pensé avec justesse que l'humidité constante entretenue par un liquide aqueux sur l'abdomen a trop de tendance au refroidissement, et par conséquent peut contre-indiquer ces fomentations ; aussi ont-ils cherché à tourner la difficulté en faisant des onctions huileuses sur la peau, qu'on recouvre ensuite de la flanelle, du tissu imperméable et du bandage de corps. Souvent alors, pour rendre l'effet plus complet, ont-ils imbibé la flanelle au préalable avec ce liquide huileux ; enfin

ajoutons que de même qu'on avait rendu le cataplasme plus émollient encore par des décoctions opiacées, des additions de laudanum, de camphre, etc. etc., on a mis sur cette flanelle les corps de cette nature. On a même pu rendre ces embrocations un peu excitantes, révulsives, etc. etc., par l'emploi de la térébenthine, du chloroforme, etc. etc. ; la chose se comprend si bien que nous n'avons pas besoin d'insister.

Après avoir parlé de ces embrocations abdominales, il est naturel de nous occuper des bains de siège, qui ont été employés soit comme moyen de médication émolliente sur l'abdomen, soit comme moyen topique contre l'irritation de l'anus, qui est souvent un tourment pour le patient. Comme émollient général, ces bains de siège produisent moins d'effet, mais agissent dans le même sens que les grands bains, et à ce titre ils sont souvent indiqués par leur commodité d'application plus grande. Comme émollient local topique contre l'irritation de l'anus, ils font très bien de leur côté, aussi nombre de praticiens, et je suis de ce nombre, ont conseillé à certains malades de se mettre dans le bain de siège pendant quelques instants, après chaque selle. De cette manière les ardeurs, douleurs, sentiments de brûlure et de picotement, etc. etc., de l'anus sont très sensiblement amoindris, sans compter que l'eau nettoie les parties voisines et l'orifice anal bien mieux et plus doucement que le corps solide le plus moelleux.

Les cataplasmes abdominaux, les bains de siège produisant bon effet, il était naturel de songer par extension aux grands bains tièdes qui ont été mis en œuvre, soit avec de l'eau pure, soit avec de l'eau additionnée de son, de feuilles de morelle, de belladone, de tabac, de têtes de pavot, etc. etc. Je fais pour ma part bon marché de ces dernières additions, trouvant que l'eau tiède à elle seule peut produire de bons effets, et je dois dire à l'avance que j'envisage ces grands bains tièdes comme

un excellent moyen thérapeutique, dans nombre de cas, à titre d'agents de la médication émolliente.

Ils sont impuissants, on le comprend, sous le rapport de leur action immédiate dans la diarrhée et la dysenterie chronique, ne pouvant agir dans ces cas que comme moyen modificateur à longue portée de la fonction cutanée ; mais dans quelques cas de dysenterie aiguë, ils produisent les meilleurs effets. Lorsque, par exemple, il s'agit d'un de ces cas assez fréquents où la maladie débute avec un appareil réactionnel fébrile et un cortège de douleurs abdominales aiguës, de ténesme très pénible, on voit parfois cet orage primitif se dissiper comme par enchantement sous l'influence de ces grands bains tièdes, seuls ou employés concurremment à d'autres moyens qu'on pourrait appeler secondaires. Aussi je dirai que dans ma pratique coloniale, au Sénégal comme à la Martinique, il m'est arrivé souvent, quand un malade arrivait à l'hôpital, de lui faire prendre deux grands bains d'une heure, matin et soir ; avant d'entrer au bain, et peu après en être sorti, on lui donnait un ou deux grands lavements d'eau tiède qu'il rendait aussitôt, véritables irrigations intestinales. Dans l'intervalle des bains, il avait sur le ventre un vaste cataplasme, et mieux deux doubles de grosse flanelle imbibée d'eau émolliente et recouverte d'un morceau de toile imperméable pour éviter la trop prompte évaporation de l'eau, et maintenir l'abdomen dans un état d'humidité chaude.

Je crois que, dans nombre de cas, cette manière de faire peut donner de bons résultats, et je la conseille avec insistance. Il m'est facile d'expliquer par quel mécanisme cette médication fait bon effet : souvent le malade arrive à l'hôpital avec un appareil morbide paraissant plus grand et plus intense qu'il n'est réellement : la fatigue éprouvée pendant les derniers jours où il a lutté avant de se présenter à la visite ; l'effroi, l'inquiétude, etc. etc., soit occasionnés par la maladie elle-même,

soit provoqués par la pensée de venir à l'hôpital, expliquent très bien cette apparence de gravité qui s'amende favorablement d'elle-même très souvent, par le seul effet d'un peu de temps et de repos.

Dans ces cas, si un traitement antiphlogistique et surtout des émollients intus et extra viennent combattre l'éréthisme général et la phlegmasie locale, l'épithélium intestinal se reconstitue, et la maladie guérit très simplement, pour ainsi dire, d'elle-même; tandis que si des médications intempestives sont mises en œuvre, on exaspère la situation ; on apporte à chaque instant des irritants médicamenteux et une bile âcre et caustique sur cette surface intestinale mise à vif; il s'y forme des ulcérations, et enfin tous les accidents de la dysenterie confirmée.

Il ne faut pas s'y tromper, les moyens comme le grand bain tiède ne sauraient constituer tout le traitement de la dysenterie même légère; ce sont des agents du début surtout, des agents secondaires dans tous les cas, pouvant produire de bons effets, mais ne pouvant, on le comprend, mener sans le secours d'autres le sujet à la guérison.

Nous pourrions nous occuper ici des bains de vapeur qu'on a préconisés dans la dysenterie ; ils trouveront plus naturellement leur place dans les révulsifs cutanés dont nous allons parler, car ils n'agissent pas comme émollients, mais au contraire comme modification de la perspiration cuticulaire.

En parlant des calmants externes, nous devons citer les onctions collodionnées qui se font sur l'abdomen dans les cas où la péritonite menace. Il n'est pas nécessaire de nous étendre sur ce moyen, qui est spécial au traitement de la péritonite et ne se présente qu'accessoirement dans celui de la dysenterie compliquée de l'inflammation de la grande séreuse du ventre.

RÉVULSIFS CUTANÉS

Nous sommes amenés à parler des révulsifs cutanés, qui ont été mis en usage dans la dysenterie et qui ont répondu suivant le cas à des indications très différentes ; en effet, tantôt ces révulsifs ont été mis en œuvre dans la dysenterie aiguë, tantôt, au contraire, ils ont fait plus ou moins bon effet dans les flux de ventre chroniques. Il faut bien spécifier les cas, pour éviter toute obscurité, car sans cette précaution nous dirions certainement des choses qui paraîtraient absolument contradictoires.

Les révulsifs cutanés ont été employés dans les flux de ventre de trois manières différentes parfaitement distinctes ; ainsi : *A*. Ils ont été appliqués sur l'abdomen directement à titre de révulsifs directs ou immédiats, contre le phénomène douleur en particulier qui se produit dans la dysenterie aiguë ; *B*. Ils ont été appliqués aux extrémités comme révulsifs indirects ou éloignés, soit dans la dysenterie aiguë, soit dans les flux chroniques, s'adressant au phénomème douleur, mais aussi et plus souvent à la congestion, à l'algidité, à l'hémorrhagie et aux mille complications qui peuvent survenir en pareil cas ; *C*. Enfin ils ont été appliqués sur la surface générale du corps, surtout à titre de modificateur des fonctions de la peau dans les flux chroniques. Nous devons envisager séparément ces trois catégories, souvent plus faciles à séparer dans les livres qu'au lit du malade ; mais ici comme toujours, il nous aura suffi de tracer les grandes lignes de la question. Le lecteur peut, par un minime travail mental, ajouter, retrancher ou modifier quelque chose de notre dire, pour l'appliquer à tel ou tel cas dont nous ne parlons pas longuement, tandis que nous ne pouvons, dans un travail comme celui-ci, envisager toutes les milles combinaisons et variations qui se voient dans la clinique.

A. RÉVULSIFS DIRECTS OU IMMÉDIATS APPLIQUÉS SUR L'ABDOMEN

Ces révulsifs appliqués directement sur l'abdomen sont les badigeonages à la teinture d'iode, les sinapismes, les vésicatoires, les ventouses sèches et les ventouses scarifiées, les frictions stibiées, crotonnées, enfin les onctions mercurielles. Nous n'avons pas besoin d'entrer dans de longues explications touchant le mode d'emploi de ces divers agents, cependant nous dirons qu'on les a employés soit isolément, soit en les combinant.

Le Dr Belot de la Havane a préconisé les frictions avec la pommade stibiée sur l'abdomen, aussitôt après l'application des ventouses scarifiées dans les cas de dysenterie aiguë très inflammatoire. On comprend que c'est là un moyen très énergique de produire la révulsion ; mais, comme le dit très bien Delioux, quand on peut guérir sans soumettre le malade à la torture, il ne faut pas recourir à des moyens aussi horriblement douloureux, car on comprend facilement que la pommade d'Authenrieth passée sur les plaies saignantes des ventouses produit une puissante scarification qui entraîne la suppuration et des cicatrices profondes sur la peau de l'abdomen. Il suffirait de voir les cicatrices que portaient les sujets guéris pour comprendre combien ils avaient dû souffrir.

Cornuel a préconisé aussi la pommade stibiée, mais d'abord il ne l'appliquait que sur la peau intacte, sans employer au préalable les ventouses, et en second lieu, c'est contre la dysenterie chronique et non contre les atteintes aiguës qu'il les mettait en usage, espérant produire ainsi une révulsion cutanée favorable à la guérison des ulcères de l'intestin. Or il faut remarquer qu'il y a là une forte nuance différente, car l'aridité de la peau, sa sécheresse dans la dysenterie chronique, sont autant de raisons qui, avec l'absence des scarifi-

cations, tendent à rendre l'éruption stibiée moins confluente et moins profonde. De sorte que la méthode de Cornuel, très différente, on le voit, de l'autre, et comme *modus faciendi* et comme cas d'indication, est à bon droit considérée comme préférable à celle de Belot.

Dans quelques cas on a employé les frictions crotonnées sur l'abdomen, soit dans la dysenterie aiguë, soit dans la dysenterie chronique. Enfin, signalons pour la dysenterie aiguë très inflammatoire, et surtout lorsqu'il y a menace de péritonite, les larges onctions mercurielles, à côté desquelles nous rangerons les larges badigeonnages au collodion riciné dont nous avons parlé tantôt, bien qu'ils n'agissent pas comme révulsifs et excitants, mais bien comme calmants et émollients par l'abaissement de température qu'ils entraînent.

Cornuel pensait que les frictions mercurielles ne provoquaient de salivation dans ces cas que lorsque la phlegmasie intestinale était jugulée, et il était temps alors, d'après lui, d'arrêter la mercurialisation du sujet ; l'expérience a prouvé, hélas ! qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Quelle opinion se faire de ces divers révulsifs cutanés que nous venons d'indiquer ? Eh bien, nous dirons que dans les flux de ventre aigus ou chroniques à tous les degrés, depuis la diarrhée aiguë jusqu'à la dysenterie chronique, lorsque les coliques sont vives, les sinapismes, les cataplasmes sinapisés alternant avec des calaplasmes laudanisés sont mis souvent en pratique, et ils agissent comme dans la colique sèche, dans la colique de plomb, en donnant un sentiment de mieux être plus ou moins grand et de plus ou moins longue durée. Ce n'est pas un moyen de grande influence ou de grande durée, c'est simplement un agent tout secondaire et d'efficacité tout éphémère ; mais enfin, quelque minime que soit son action, elle n'est pas à dédaigner dans les cas où on se

trouve en présence du symptôme douleur poussé assez loin pour être très pénible au malade.

Sans que j'aie besoin d'entrer dans de longs détails, on comprend que le vésicatoire, les ventouses sont des moyens analogues au sinapisme et plus énergiques encore, de sorte qu'on fait par la pensée une gamme ascendante. Mais lorsque le médecin est dans le cas de choisir entre ces divers moyens, il ne doit pas oublier que si les vésicatoires ou les ventouses ont une plus grande analogie contre le symptôme douleur du moment, ils créent pour le malade une source de souffrances plus ou moins prolongées, tandis que le sinapisme et le badigeonage de l'abdomen avec la teinture de l'iode n'ont pas cet inconvénient. Par conséquent, il est logique de recourir au sinapisme d'abord, et ce n'est que lorsque son inefficacité est démontrée qu'on se décidera à appliquer un vésicatoire volant ou des ventouses scarifiées qui, pendant les trois ou quatre jours qu'ils mettront à sécher ou à se cicatriser, occasionneront bien des souffrances au patient.

La méthode de Belot me semble trop violente, même dans les cas de dysenterie inflammatoire avec menace de perforation ou de péritonite de voisinage, et je lui préfère résolument soit les frictions mercurielles, soit les badigeonnages collodionnés, lorsque la grande séreuse de l'abdomen semble à la veille de s'enflammer. Quant aux frictions stibiées comme les employait Cornuel dans la dysenterie chronique, c'est un des termes extrêmes de la gamme dont je parlais tantôt, et qu'on peut employer au même titre et dans les mêmes cas que le vésicatoire, quoique je préfère pour ces cas rares le vésicatoire à la perturbation produite soit par l'émétique, soit par le croton. Terminons en disant que la question des frictions mercurielles a été plus d'une fois débattue pour la péritonite et n'est pas encore jugée d'une manière définitive, mais on peut

reconnaître néanmoins que ces frictions sont peu employées de nos jours et qu'elles ne sont même mises en œuvre dans la péritonite qu'assez exceptionnellement. Or, il est naturel qu'elles soient moins employées encore dans la dysenterie, et ce n'est guère plus que pour mémoire qu'on en parle dans ce cas. J'avoue que, pour ma part, je n'y ai recours que dans des cas désespérés, sous l'imminence d'une perforation intestinale, et je dois reconnaître que cette perforation, c'est-à-dire la péritonite généralisée, et disons mieux la terminaison funeste, n'a absolument pas été influencée par la friction mercurielle, pas plus, ajoutons-le, que par les autres agents thérapeutiques.

B. RÉVULSIFS INDIRECTS OU MÉDIATS APPLIQUÉS AUX EXTRÉMITÉS

L'action de ces révulsifs ne diffère pas, qu'on les emploie dans la dysenterie ou dans une autre maladie, aussi avons-nous à peine à nous en occuper pour mémoire, renvoyant le lecteur à ce qui est dit dans les articles révulsion du traitement des pyrexies, par exemple, ou des autres maladies. Ce sont les mêmes moyens aussi : sinapismes, compresses sinapisées, frictions excitantes, etc. etc., aussi pouvons-nous ne pas insister plus longuement.

C. RÉVULSIFS GÉNÉRAUX OU SECONDAIRES APPLIQUÉS SUR TOUTE LA SURFACE CUTANÉE

Enfin nous devons dire, pour terminer ce qui a trait aux révulsifs, que dans quelques cas on recourt à ces révulsifs généraux ou secondaires appliqués sur toute la surface cutanée. A la rigueur nous pourrions parler ici des grands bains sinapisés qu'on pourrait mettre en usage contre les phénomènes d'algidité de la dysenterie aiguë ou chronique ; mais c'est surtout

comme modificateur général et secondaire des fonctions de la peau que ces révulsifs sont employés, et à ce titre ils sont surtout indiqués dans les flux de ventre chroniques. Ces révulsifs généraux sont les frictions excitantes, les bains de vapeur, l'hydrothérapie; ils agissent dans le même but et avec une efficacité qui ne saurait être niée dans nombre de cas, mais, hélas ! trop souvent impuissants aussi, comme la plupart des agents thérapeutiques dirigés contre les maladies chroniques.

Frictions excitantes. — Je n'ai pas besoin, on le comprend, de donner en détail le *modus faciendi* ni la formule de ces frictions, aussi n'insisterai-je pas davantage. Cependant j'ajouterai, avant de finir, que ces frictions excitantes peuvent, dans certains cas, être combinées avec le massage et donner de bons résultats dans ces cas de douleur, de paralysie partielle se montrant à titre de reliquat des flux de ventre chroniques.

Bains de vapeur. — Quant aux bains de vapeur, je dois dire que c'est un moyen beaucoup plus efficace en général que les frictions, parce qu'ils agissent plus puissamment. On sait que dans les flux chroniques la perspiration cutanée est très diminuée, et comme il paraît absolument rationnel de l'exciter, on comprend que les bains de vapeur, qui sont un puissant excitant de cette perspiration, soient indiqués.

Les bains de vapeur ont été employés à l'état de simplicité, c'est-à-dire à l'état de vapeur aqueuse seule, ou bien sous forme de vapeurs alcooliques térébenthinées, aromatiques, ammoniacées même. On comprend que l'action révulsive sur la peau peut être légèrement augmentée par la nature de la vapeur ; mais cependant la distance qui sépare un système de l'autre sous le rapport de l'efficacité est très minime.

Les bains de vapeur sont pris dans des appareils spéciaux que l'on trouve dans les divers établissements balnéaires, ou ils sont pris dans le lit même sans que le malade ait besoin d'être

déplacé ; et je n'ai pas besoin d'entrer dans des détails descriptifs à leur sujet. Avant de terminer ce qui a trait à ces bains de vapeur, j'ajouterai qu'il semble rationnel de mettre dans certains cas en usage les pratiques des bains russes, ce qui établit une transition entre les bains de vapeur et l'hydrothérapie dont il nous reste à parler.

HYDROTHÉRAPIE

L'hydrothérapie est capable de donner des résultats très heureux dans les flux de ventre chroniques, et j'ai vu pour ma part, dans les divers établissements qu'a créés Fleury, des succès fort beaux obtenus par cette médication. Hâtons-nous de dire que dans ces cas les pratiques hydrothérapiques étaient dirigées par Fleury lui-même, et par conséquent étaient employées scientifiquement, dirai-je. On comprend que dans ces cas la méthode soit infiniment plus efficace que lorsqu'elle est mise en usage empiriquement et d'une manière tout à fait irréfléchie et banale, comme cela arrive tous les jours. Je crois donc que cette hydrothérapie peut donner d'excellents résultats lorsqu'on se met dans les conditions de sa bonne administration ; mais pour ce qui est de l'emploi intempestif que l'on en fait dans l'immense majorité des cas, je n'ai aucune confiance dans son efficacité, et je craindrais de voir des accidents de refroidissement ou de congestion en être la conséquence.

Pour ma part, j'y recours volontiers, mais à titre d'essai seulement, pour tâter le malade, qu'on me passe le mot. Si le sujet supporte bien cette hydrothérapie je la continue, mais si, au contraire, il la subit avec répugnance, je me hâte d'y renoncer. Il ne faut pas oublier, ici comme toujours, que le médecin aurait grand tort de ne pas tenir compte des habitudes, des goûts, des besoins et même des répulsions des malades. Or

comme un grand nombre des individus atteints par la diarrhée chronique appartiennent à une classe de la société qui a horreur de l'eau froide, des bains, etc., on comprend que dans plus d'un cas le bon effet de l'hydrothérapie est singulièrement battu en brèche par l'antipathie des intéressés. Dans ce cas mieux vaut renoncer à son concours que de violenter le sujet.

VOMITIFS

Dans le courant du siècle précédent, on ouvrait volontiers le traitement de la dysenterie par un vomitif, et de nos jours, beaucoup de praticiens suivent assez volontiers cette manière de faire. Quel jugement pouvons-nous porter sur cette méthode de vomitif initial ? Il me faut commencer par dire qu'il est absolument nécessaire d'établir une distinction entre les divers cas qui peuvent se présenter ; et en effet, le sujet est-il atteint de rectite dysentérique ? le vomitif sera tout à fait contre-indiqué comme absolument inutile. Il ne serait pas plus efficace dans ce cas que dans celui d'une plaie au pied, par exemple, donc on ne saurait y recourir.

Est-on en présence d'une dysenterie ou d'une diarrhée chronique? le vomitif est aussi absolument contre-indiqué, car il ne saurait agir efficacement contre les lésions profondes qui existent déjà, et aurait, par contre, le grave inconvénient d'affaiblir et de fatiguer intempestivement le sujet.

A-t-on affaire à la diarrhée aiguë ? il faut distinguer deux cas : ou bien cette diarrhée est assez légère pour que le vomitif initial soit inutile, ou bien elle est accompagnée de quelques phénomènes d'embarras gastrique ou bilieux, et alors ce vomitif est tout à fait indiqué si l'on veut, car certainement il produira un bon résultat. Seulement il y a cette restriction à faire pour le cas présent : est-il absolument nécessaire d'imposer au patient un orage stomacal aussi désagréable, ne pourrait-on

pas arriver à le guérir sans employer cette médication si pénible pour quelques-uns? On comprend que la réponse ne peut être faite à l'avance et d'une manière générale ; c'est devant le sujet et en se rendant un compte exact de la situation pour chaque cas séparé, que le médecin décide s'il faut recourir au vomitif initial ou bien si on peut commencer le traitement d'une manière différente.

Enfin il nous reste le cas de la dysenterie aiguë, pour lequel nous dirons à peu près la même chose. Le sujet paraît-il assez peu profondément atteint pour qu'on puisse espérer la guérison par l'emploi des purgatifs seulement ? on ne recourt pas au vomitif initial. Au contraire, pense-t-on que l'ipéca sera nécessaire ? on peut alors en prescrire les premières doses, soit de manière à provoquer, soit de manière à éviter ces vomissements, qui, n'oublions pas de le dire avec insistance, sont un assez bon moyen et de déplétion hépatique directe, et de sédation des phénomènes inflammatoires, pour qu'ils me paraissent être une excellente médication dans le commencement du traitement d'une dysenterie quelque peu intense. Je crois qu'en y recourant résolument dès le premier moment, on s'expose moins à être gagné de vitesse par la maladie que lorsqu'on débute par des moyens plus faibles et plus mitigés.

Quand on a résolu d'ouvrir le traitement d'une dysenterie par un vomitif, on doit préférer l'ipéca à l'émétique pour une double raison : 1° l'ipéca est moins irritant que le tartre stibié, il est moins dépressif ; en effet, l'émétique, outre l'affaiblissement plus profond, plus sévère surtout qu'il entraîne, semble augmenter les coliques, et ne modifie par les selles aussi heureusement que l'ipéca, toutes choses égales d'ailleurs ; 2° l'autre raison qui milite en faveur de l'ipéca, c'est qu'on continuera à l'employer comme antiphlogistique, et que c'est alors la prolongation d'un même état et non deux secousses

différentes que l'on va imposer au patient. Dans d'autres cas, il serait peut-être utile d'agiter l'organisme dans deux sens divers ; ici, au contraire, il y a intérêt à agir dans le même sens.

IPÉCA

L'ipéca joue un rôle si important dans le traitement de la dysenterie que nous devons commencer par lui l'étude des purgatifs que réclame la maladie . On peut dire d'un mot que cet ipéca est l'agent principal de traitement de la dysenterie par les médicaments qui peuvent produire le vomissement ; les autres sont absolument secondaires vis-à-vis de lui.

Je n'ai pas à faire ici l'histoire de l'introduction de l'ipéca dans la thérapeutique, je renvoie le lecteur aux ouvrages spéciaux pour ce qui regarde le rôle de Margrave, de Pison, d'Adrien Helvetius, de Grenier, de Segond, etc., dans son étude et sa propagation. Je dirai seulement, en me restreignant le plus possible, que de nos jours ce médicament est employé sous deux formes différentes : *A*. Sous celle de poudre, soit comme vomitif, soit comme hyposthénisant ; *B*. Sous forme d'infusion comme hyposthénisant. Nous pouvons diviser notre exposition d'une autre manière encore, et dire l'ipéca est employé comme vomitif ou comme hyposthénisant, et c'est cette dernière que je vais adopter.

A. Ipéca comme vomitif

On emploie la poudre de racine à la dose d'un à deux grammes dans cinquante grammes d'eau froide, prise en deux fois et accompagnée de plusieurs verrées d'eau tiède qu'ingurgite le malade dans l'intervalle. Je viens d'en parler tantôt, et d'ailleurs cette médication vomitive est tellement connue que je n'ai pas besoin d'en dire davantage.

B. Ipéca comme hyposthénisant

Pour produire la sédation, on emploie l'ipéca de deux manières différentes : *A.* L'ipéca à la brésilienne, c'est-à-dire en infusion ; *B.* L'ipéca en poudre, c'est-à-dire préparé comme pour l'action simplement vomitive, l'effet d'hyposthénisation à longue portée ne dépendant que de la manière différente d'ingestion du médicament.

A. Ipéca à la brésilienne. — Cette manière d'employer l'ipéca, remise en honneur par Segond, comprend aujourd'hui un certain nombre de variétés dans son *modus faciendi.* On comprend d'ailleurs qu'il est facile d'imaginer des variantes sans que l'effet produit soit sensiblement différent dans cet emploi, de sorte que nous ne serons pas étonnés de cette multiplicité de moyens pour arriver au même résultat.

1er *Procédé.* — On met dans un vase de verre de 2 à 8 grammes de poudre d'ipéca, on verse dessus 250 à 300 grammes d'eau bouillante, et on laisse reposer le tout pendant douze heures. Au bout de ce temps on décante et on verse sur la poudre une seconde quantité d'eau bouillante, qu'on laisse ainsi pendant douze heures, après lesquelles on fait une troisième infusion de la même manière. Quelques médecins ont fait même, sans rien changer à cette méthode, une quatrième infusion.

2e *Procédé.* — Au lieu de se borner à verser sur la poudre d'ipéca la quantité d'eau bouillante comme précédemment, et de laisser refroidir aussitôt, on met le vase sur le feu dès qu'il contient l'eau bouillante, et on prolonge l'ébullition pendant deux à cinq minutes. Les autres prises ultérieures se préparent de la même manière.

3e *Procédé.* — On met dans un vase 4 à 6 grammes de racines d'ipéca concassées grossièrement, et on verse par-dessus

250 grammes d'eau bouillante, laissant refroidir et ne décantant que douze heures après.

4e *Procédé.* — On verse l'eau bouillante sur la racine d'ipéca concassée, et on fait bouillir pendant deux à cinq minutes, aissant ensuite refroidir et ne décantant que douze heures après.

B. Ipéca en poudre employé comme hyposthénisant. — On place 2 à 4 grammes de poudre d'ipéca dans une fiole à potion dans laquelle on introduit 100 grammes d'eau froide, et on agite de manière à surprendre cette poudre bien également dans le liquide, qui est présenté au malade sans tarder pour qu'il le prenne par petites cuillerées à café de demi-heure en demi-heure.

En somme, tous les procédés ci-dessus énoncés peuvent se présenter sous forme de tableau de la manière suivante :

1° Poudre sur laquelle on verse de l'eau bouillante ;

2° Poudre sur laquelle on verse de l'eau bouillante et don on prolonge l'ébullition ;

3° Racine sur laquelle on verse de l'eau bouillante comme dans le n° 1 ;

4° Racine que l'on traite comme dans le n° 2 ;

5° Poudre que l'on met au contact de l'eau froide.

Quelle opinion peut-on avoir sur ces divers procédés? Eh bien ! le lecteur voit déjà d'un premier coup d'œil que 2 à 8 grammes de poudre équivalent à 4 à 16 grammes de racine concassée, de sorte que les quatre premiers procédés se fondent en deux sans que nous ayons besoin d'en dire davantage. Or la question se réduit alors, pour ce qui regarde ces deux procédés, à ceci : Vaut-il mieux faire bouillir un peu l'ipéca, ou bien peut-on laisser aussitôt refroidir l'eau bouillante?

Quant au 5e procédé, celui dans lequel au lieu de verser de eau bouillante sur la poudre on se sert d'eau à la température

ordinaire et on administre le médicament sans attendre les douze heures de macération ; nous en parlerons un peu plus loin.

Delioux s'est prononcé énergiquement en faveur de l'ébullition prolongée pendant quelques minutes, disant qu'il a reconnu à ce décocté une action irritante topique beaucoup moindre. D'après lui, ce décocté est mieux toléré par les malades, et il voudrait qu'il fût substitué toujours à l'autre procédé. Pour ma part je crois assez volontiers, comme Delioux, qu'il faut faire bouillir un peu les racines ou la poudre d'ipéca, dans la pensée qu'on rend le liquide plus actif dans une petite limite.

La manière dont l'ipéca à la brésilienne doit être pris par le malade a besoin aussi de nous arrêter un instant; les 200 grammes de liquide sont administrés en deux ou trois prises de 50 grammes, à une heure d'intervalle par quelques médecins. Au contraire, ils sont donnés par cuillerées d'heure en heure par d'autres, de manière que le médicament agisse moins vivement sur le premier moment et que son emploi dure plus longtemps.

Delioux préférait résolument la seconde manière ; bien plus, il a cherché, par l'addition de sucre et d'une substance aromatique, à diminuer l'action nauséeuse de l'ipéca à la brésilienne, et il recommande de l'administrer par petites cuillerées, en cherchant une tolérance de l'estomac qu'il considère comme éminemment utile. Voici d'ailleurs sa formule (*loc. cit.*, p. 346) :

Poudre d'ipéca	4 gr.
Faire bouillir cinq minutes dans eau	300
Filtrez, ajoutez à la liqueur sirop d'opium . . .	30
Hydrolat de cannelle	30

A prendre par cuillerées d'heure en heure, ralentir en cas de nausées ou de vomissements.

J'ai dit tantôt qu'après la première macération on en fait une seconde, une troisième, et que quelques médecins en ont même prescrit une quatrième. La seconde a encore quelque efficacité, mais la troisième est bien affaiblie. Aussi, pour ma part, je ne donne pas plus de deux infusions avec la même racine ou poudre d'ipéca, et je fais préparre une nouvelle macération n° 1 à dose égale ou à moindre dose, lorsque je veux continuer le médicament plus de deux fois.

C.—Poudre d'ipéca mise simplement dans l'eau froide pour servir comme hyposthénisant

Cette variante du procédé de l'ipéca à la brésilienne se recommande par une simplicité extrême. On prend, comme je l'ai dit, une fiole à potion de la contenance de 150 grammes, on introduit dans son intérieur 2 à 3 ou même 4 grammes de poudre d'ipéca, sur laquelle on verse ensuite 100 grammes d'eau ordinaire à la température ambiante ; on agite, et on peut aussitôt commencer à en donner une dose au malade. Je veux en parler assez en détail, parce que je suis désireux d'appeler spécialement l'attention du lecteur sur son compte, pensant que cette manière d'employer l'ipéca présente d'assez grande avantages de simplicité, de sûreté d'emploi et d'efficacits pour être envisagée de très bon œil. Je crois même qu'elle sé substituera dans l'avenir de plus en plus à l'infusion dont nous avons parlé précédemment.

J'ai vu employer ce procédé par le Dr Beaujean, médecin en chef de la marine, à l'époque où il était mon médecin-major à bord de la frégate l'*Eldorado*, sur la côte occidentale d'Afrique, en 1853, et j'ai été tellement frappé de ses bons effets que j'ai très volontiers adopté cette pratique dans un grand nombre de cas. Ultérieurement j'ajouterai que je m'en suis parfaitement trouvé.

On comprend, en effet, que ce procédé a sur les autres plus d'un avantage : 1° par exemple, on peut agir tout de suite quand on a résolu de l'employer, tandis qu'il faut attendre douz e ou vingt-quatre heures quand on emploie l'infusion ou la décoction ; 2° dans les hôpitaux bien organisés d'Europe, on peut, sans doute, facilement obtenir l'ipéca à la brésilienne, mais dans ceux des colonies, où les infirmiers sont des nègres paresseux et insouciants, la chose est plus difficile ; d'un autre côté, à bord d'un bâtiment, on ne peut pas toujours avoir du feu sous la main, et en campagne à terre, ou bien chez les pauvres gens, la chose peut être encore plus difficile ; 3° enfin, à moins de faire soi-même l'infusion quand on n'a pas à proximité un pharmacien sur lequel on puisse compter, on n'est pas sûr de la préparation qui est donnée au malade sous le nom d'ipéca à la brésilienne. L'eau était-elle bouillante ou bien chaude seulement? L'ébullition a-t-elle été maintenue cinq minutes, ou n'a-t-elle pas été prolongée longtemps ? La macération a-t-elle bien duré douze heures ? etc. etc. Voilà pour la première prise, et on comprend que pour les autres on doit avoir moins de confiance dans l'exactitude de la prescription.

Toutes ces raisons ont fait que je suis arrivé, pour ma part, à donner presque exclusivement la poudre d'ipéca au lieu de l'infusion, et même, lorsque je prescris l'infusion pour le lendemain, je commence par donner la poudre le jour même.

Delioux m'objecterait, je le sais, que l'action topique irritative plus grande de la poudre en nature, est moins efficace que l'action plus douce de l'infusion. J'ai cherché à me rendre compte par des essais comparatifs de la valeur de cette critique, et je suis arrivé à penser que c'est une vue purement théorique qui fait préférer l'infusion à la poudre, de sorte que l'objection que me ferait Delioux tombe d'elle-même.

Je fais prendre cette potion à la poudre d'ipéca par cuillerées

à café de demi-heure en demi-heure, en ayant soin de bien agiter la bouteille chaque fois et en faisant boire aussitôt après une bonne gorgée de tisane, de manière à entraîner toute la poudre dans l'estomac. Je crois comme Delioux qu'il ne faut pas chercher à provoquer le vomissement, si ce n'est à la première dose. De sorte qu'après un premier vomissement, lorsque j'ai pensé que ce vomissement était indiqué, j'éloigne au besoin un peu les doses, de manière à ne pas faire dépasser au sujet l'état nauséeux.

En donnant la potion comme je viens de le dire, on la finit dans les douze ou quatorze premières heures, et quelque soin qu'on ait pris de bien agiter la fiole chaque fois, on s'aperçoit qu'il est resté une partie de la poudre dans le fond ; je fais ajouter alors un peu d'eau, et on peut de cette manière donner quelques doses de plus, ce qui prolonge l'action médicatrice d'autant.

Je suis entièrement de l'avis de Delioux pour ce qui est de l'emploi prolongé de l'ipéca. Lorsque l'amélioration se produit je diminue la dose de poudre à 75, à 50, à 25 centigrammes par potion, et je tiens ainsi le sujet sous cette action médicatrice pendant plusieurs jours jusqu'à la convalescence. Il m'est arrivé maintes fois de prolonger par curiosité l'emploi du médicament à la dose même de un gramme de poudre chez des individus jusqu'à ce qu'ils eussent des selles moulées, et j'ai constaté que cette manière de faire n'a jamais d'inconvénients sérieux lorsque la tolérance s'établit, tandis qu'elle peut avoir des avantages dans quelques circonstances.

L'ipéca entre aussi dans un grand nombre de préparations antidysentériques, dans les pilules dites de Segond, de Monard, etc. etc. ; mais comme il est mélangé à d'autres substances actives, il passe au second plan pour l'efficacité et l'importance ; aussi n'en parlerons-nous pas actuellement.

AILANTE

L'*ailantus glandulosa*, ailante glanduleux appelé vulgairement vernis du Japon et plus exactement faux vernis du Japon, arbre de la tribu des zantoxylées qui est aujourd'hui très répandu en France comme plante d'ornement, jouit d'une propriété antidysentérique qu'on peut rapprocher de celle de l'ipéca.

L'ailante, originaire de la Chine, fut envoyé en Europe pour la première fois en 1751, et fut décrit sous le nom de *rhus hypsolodendron* ou de *rhus cacodendron*, confondu qu'il était avec le vernis du Japon (*rhus vernis*); mais aujourd'hui la distinction est bien faite et on l'a classé dans la famille des rutacées IXe série (quassiées, à côté des simaroubées).

Payen, en 1824, puis M. Hetet, pharmacien de la marine, en 1859, ont fait l'analyse chimique de l'ailante et lui ont reconnu : 1° une résine aromatique; 2° une huile essentielle ; 3° une matière végétale analogue à la fungine; 4° une matière colorante jaune ; et 5° enfin une oléo-résine que M. Hetet considère comme la partie essentielle au point de vue de l'action sur l'organisme vivant.

L'action physiologique de l'ailante a été étudiée de nos jours par quelques médecins. L'action topique de l'ailante sur la peau est irritative. Reveil avait déjà signalé les éruptions vésiculeuses et même pustuleuses qui se montrent aux mains et à la face des jardiniers qui travaillent sur l'ailante. M. Giraud, médecin de 1re classe de la marine (thèse de Paris, 1875), a constaté aussi l'action irritative topique du médicament appliqué sur la peau dénudée sous forme de liquide, imbibant des compresses. Sur la peau saine, il faudrait appliquer des préparations très actives, comme l'extrait éthéré, par exemple, pour produire la vésication.

Outre les éruptions dont nous venons de parler, M. Decaisne avait déjà observé sur des jardiniers du muséum de Paris occupés à tailler les ailantes des nausées, des vomissements même, des étourdissements et un état de malaise assez persistant.

M. Hetet dit que lorsqu'on mâche un morceau d'écorce d'ailante, on constate d'abord une saveur amère très prononcée, puis un malaise général, un sentiment de faiblesse croissante, des éblouissements, une sueur froide et des nausées; en un mot, les effets que produit, par exemple, le tabac sur les fumeurs novices.

Robert, médecin principal de la marine, qui a publié dans les *Archives de médecine navale* un travail intéressant sur l'ailante, donne les renseignements suivants sur les principaux phénomènes qui accompagnent son administration à la dose d'une cuillerée à café d'infusé de 50 grammes d'écorce coupée en très petits morceaux dans 75 grammes d'eau : « L'infusion est d'une amertume excessive, et son ingestion est presque toujours suivie de nausées et quelquefois même de vomissements. Une heure après il y a une diminution notable dans le nombre des pulsations du pouls (dix pulsations de moins environ). Cela dure près d'une demi-heure, puis le pouls se relève et devient un peu plus fréquent qu'à l'état normal. Cet effet dépend-il de l'état nauséeux dans lequel l'emploi de ce médicament jette le malade? Je ne le pense pas; M. Vazzier, aide-médecin de *la Belliqueuse* et moi, avons pris à jeun une dose d'ailante égale à celle que je donne à mes malades, nous n'avons éprouvé ni nausées ni vomissements, et cependant ce ralentissement du pouls a eu lieu. » M. Giraud, médecin de la marine (thèse de Paris, 1875), faisant la même expérience que Robert, constata la même diminution du pouls, et prenant une dose plus forte : deux cuillerées à bouche au lieu d'une cuillerée à café, observa pendant près d'une heure des nausées et quelques vomissements, puis une

période de chaleur et d'augmentation des pulsations, enfin la depression du pouls précitée.

Sur le tube digestif l'ailante, après avoir donné la sensation d'amertume et les nausées, produit des coliques plus ou moins fortes et des selles diarrhéiques pouvant aller jusqu'à la purgation énergique.

En somme, on le voit, l'action physiologique de l'ailante se rapproche de celle de l'ipéca.

L'ailante est employé très probablement en Chine contre la dysenterie et entre dans la composition de certains remèdes secrets du pays; mais jusqu'à ces dernières années on ne sa vait pas grand'chose touchant son action.

Le Dr Robert, médecin principal de la marine, a signalé dans les *Archives de médecine navale* (1873) les propriétés antidysentériques de l'ailante, dont il a fait usage pendant une campagne dans les mers de Chine et du Japon, et la lecture de son travail porte à penser que cette plante possède, en effet, une action thérapeutique utile. Mon savant ami, M. Dujardin Baumetz, a essayé l'ailante dans la diarrhée et la dysenterie à Paris (*Bull. de thér.*, 25 mars 1874). M. Bourdon l'a mise en œuvre dans la diarrhée cholériforme des enfants et dans la diarrhée des tuberculeux. A l'hôpital Saint-Mandrier, près Toulon, les médecins de la marine ont prescrit à diverses reprises l'ailante contre la dysenterie aiguë ou la diarrhée chronique des pays chauds. Voici les diverses manières dont le médicament a été employé.

« Quand la racine est fraîche, dit le Dr Robert (*loc. cit.*, p. 108), on en prend 50 grammes que l'on coupe en morceaux très fins ; on les met dans un mortier et on verse dessus 75 grammes d'eau chaude. On triture un instant pour mieux ramollir l'écorce, puis on passe à travers un linge. C'est cette forte infusion qui est administrée à la dose d'une cuillerée à café matin et soir, pure

ou dans une tasse de thé ; en général, les hommes préfèrent la boire pure. Prise de cette façon, elle provoquait les vomissements ; à une dose plus élevée, l'action vomitive était manifeste. Pendant trois jours on administre le médicament de cette façon, et le malade est tenu à la diète la plus complète. On cesse alors l'emploi de l'ailante et on donne comme régime des panades, jusqu'à ce que les selles soient redevenues tout à fait normales ; on revient alors au régime ordinaire. Il peut arriver qu'après les trois premiers jours de traitement, les selles, réduites à une ou deux par vingt-quatre heures, soient encore liquides : cela n'oblige pas à prolonger l'emploi de l'ailante, son action se continue pendant que le malade est soumis au régime des panades. D'après les indications du médecin chinois, si dans les huit jours qui suivent le traitement le malade n'est pas guéri, on recommence encore l'emploi de l'ailante comme précédemment. Je dois dire que je n'ai pas encore rencontré un seul cas qui ait nécessité une nouvelle administration du médicament. La moyenne des traitements a été de huit à dix jours, et ce fait est d'autant plus remarquable qu'en Chine et au Japon les diarrhées sont extrêmement tenaces. Parmi les hommes dont je donne les observations, quelques-uns avaient contracté la maladie à Saïgon et étaient malades depuis plusieurs mois ; ils avaient essayé tous les traitements inutilement, et chez eux, de même que chez les hommes dont l'affection était récente, la durée du traitement n'a pas dépassé la moyenne déjà indiquée. Je dois cependant faire une réserve, c'est qu'aucun de ces hommes ne présentait les altérations morbides des vieilles dysenteries ou diarrhées de Cochinchine, je veux parler de la destruction de l'épithélium sur toute la muqueuse et des ulcérations du gros intestin. J'ignore complètement si ce médicament aura une action curative sur ces états de l'intestin. »

Comme le fait remarquer très bien M. Dujardin-Baumetz dans son excellent livre (*Leçons de clinique thérapeutique*, t. Ier, p. 667 et suivantes), l'infusion d'ailante est extrêmement désagréable à ingurgiter ; aussi M. Giraud propose, pour atténuer le dégoût qu'éprouvent les malades pour le médicament, la potion suivante :

Infusé d'ailante (50 gr. d'écorce dans 75 gr. d'eau)	15 à 20 gr.
Hydrolat de fleurs d'oranger.	10
Sirop de sucre.	20

On renouvelle l'administration pendant trois ou quatre jours de suite.

Par voie rectale, M. Giraud propose d'employer 20 grammes d'infusé pour un quart de lavement.

Quelle est l'action thérapeutique du médicament pris comme nous venons de le dire ? Le Dr Robert dit : « Quoi qu'il en oi du mode d'action de l'ailante, qu'elle agisse comme tonique amer, ou bien par une propriété vomitive analogue à celle de l'ipéca, il est certain que la disparition du sang dans les selles a lieu dès le premier jour, et devient complète dans le second ; les coliques se suppriment un peu plus tard. L'action du médicament sur la couleur des selles est variable, celle qu'il pourrait avoir sur l'état fébrile n'a pu être constatée, les malades soumis à mon observation n'ayant pas présenté de fièvre dans le cours de leur maladie. En résumé, l'emploi de l'ailante contre les dysenteries et diarrhées de Chine et du Japon, me paraît donner des résultats supérieurs à ceux de l'ipéca, des astringents seuls ou unis aux opiacés, du calomel, et enfin à la méthode lactée. »

A l'appui de son dire, le Dr Robert rapportait quinze observations toutes probantes en faveur du médicament. M. Giraud (thèse de Paris, 1875) a fourni vingt-neuf observations sommaires de l'emploi de l'ailante dans les flux de ventre à l'hôpital

Saint-Mandrier ; à l'exception d'un cas de diarrhée aiguë, il s'agit de la diarrhée ou de la dysenterie chroniques.

Pour ce qui est du cas de diarrhée aiguë, il faut reconnaître qu'il était très léger. Obs. 27, — salle 13, — lit 13, — mars 1874. — Millet Antoine, 18 ans, atteint de diarrhée depuis 4 ou 5 jours, 3 selles dans les 24 heures, entre le 7 mars à l'hôpital, pas de traitement jusqu'au 9, pas d'amélioration non plus le 9, diète le matin, soupe le soir, 15 grammes d'infusé d'ailante. Ce malade ne va pas à la garde-robe ce jour-là, on continue l'ailante jusqu'au 12, avec le quart de portion, une selle normale jusqu'au jour de son exeat, le 13.

Pour les vingt-huit cas de flux chronique, il s'agit de la diarrhée ou de la dysenterie provenant des pays chauds, c'est-à-dire ayant à un très haut degré une ténacité fâcheuse et opposant une résistance marquée aux moyens thérapeutiques. Or, d'après ce que je sais par expérience des allures de la maladie en pareil cas, je trouve que les résultats ont été aussi favorables que ceux qu'aurait donnés l'ipéca.

En résumé je dirai, pour conclure, que l'ailante me paraît agir comme l'ipéca. Je n'oserais pas aller jusqu'à dire, comme Robert, qu'il lui est supérieur, je le crois, au contraire, sensiblement inférieur à la racine du Brésil ; mais si son action était bien étudiée dans l'avenir, il pourrait arriver peut-être à le remplacer quelquefois dans la médecine de nos pays. Cet ipéca est assurément plus cher comme prix vénal, et de plus sa provenance étrangère fait qu'à un moment donné il peut être rare, falsifié, ou de moins bonne qualité. Avoir son analogue même assez inférieur dans notre pays est un résultat assez satisfaisant pour mériter l'attention des pharmacologistes et des médecins. Donc quelque minime que soit le bénéfice qu'on pourra retirer de cette substitution, il ne faut pas le négliger.

PURGATIFS

Les purgatifs sont très fréquemment employés de nos jours contre la dysenterie, et donnent le plus souvent d'excellents effets. On peut dire même qu'ils sont l'agent principal, sinon unique de la thérapeutique d'une bonne moitié des flux de ventre ; celui qui sait les manier avec quelque habileté en tire les résultats les plus heureux.

Comme tous les moyens de traitement imaginables, les purgatifs ont éprouvé des vicissitudes nombreuses touchant leur utilité dans la dysenterie, et tandis que les uns les employaient volontiers, les autres les considéraient comme peu utiles, sinon nuisibles.

Dirons-nous, pour montrer la faveur dont ils ont joui, que Sydenham employait à peu près constamment une potion purgative, composée de séné, de tamarin et de manne contre la dysenterie? que Zimmermann donnait volontiers les purgatifs sous forme de tisane qu'il faisait faire boire tiède par verrées dans le courant de la journée ? Cette tisane était le plus souvent composée de crème de tartre 32 gr., tamarin 96 gr., sulfate de magnésie 20 à 45 gr., eau un à deux litres. Pringle, qui commençait le traitement de la dysenterie par un vomitif initial, (1 à 2 grains de tartre stibié et un scrupule de poudre d'ipéca ; soit émétique 5 à 10 centigrammes, poudre d'ipéca un gramme), donnait ensuite chaque jour 2 à 4 gr. de rhubarbe par doses fractionnées ? Nous n'ajouterions ainsi pas grand'chose d'utile à l'histoire des purgatifs, car dans les siècles précédents, la plupart des médecins faisaient jouer à des médicaments que nous considérons comme secondaires aujourd'hui un rôle plus important que celui qu'ils attribuaient aux purgatifs.

Au commencement de ce siècle, la doctrine dite physiologique, voyant une inflammation partout, redoutait l'emploi des

médicaments irritants, au nombre desquels se trouvaient naturellement les purgatifs ; mais en présence des résultats thérapeutiques on chercha bientôt d'autres errements, et on reconnut non seulement qu'en somme ces purgatifs méritaient les éloges que tant de médecins des siècles antérieurs leur avaient décernés, mais encore qu'il était utile de les faire entrer désormais pour une part beaucoup plus grande dans les traitements des flux de ventre.

Comment agissent les purgatifs dans le cas qui nous occupe en ce moment ? Penserons-nous, comme Bretonneau et Trousseau, que c'est en substituant à l'inflammation intestinale spécifique de la maladie, qui tend à s'aggraver, une inflammation thérapeutique qui tend, au contraire, à guérir ? Croirons-nous au contraire, avec Delioux, que ces purgatifs sollicitent le mouvement péristaltique des intestins et font évacuer plus vite la bile, les excréments et les produits de sécrétion morbide ? Penserons-nous avec tant d'autres que ces purgatifs agissent directement ou indirectement sur la sécrétion biliaire elle-même qui, après avoir été augmentée, se trouve diminuée et par conséquent ne vient pas entretenir ou envenimer les lésions intestinales qui existent, ce qui leur permet de guérir? On comprend que toutes les opinions sont bonnes en même temps qu'elles sont incomplètes. Il vaut mieux penser que ces purgatifs ont une action complexe dans laquelle les trois hypothèses précédentes entrent également ; et d'ailleurs, ce qui vaut mieux encore, c'est de reconnaître l'efficacité des purgatifs démontrée par les faits cliniques et de continuer à les employer sans tenir beaucoup à telle ou telle théorisation, jusqu'à ce que de nouveaux faits, de nouvelles acquisitions de la science fixent les idées d'une manière satisfaisante sur ce point du traitement de la dysenterie.

En attendant, en nous basant seulement sur l'analyse clinique,

nous dirons que tous les purgatifs ne conviennent pas dans la dysenterie, la chose est surabondamment constatée depuis longtemps. C'est ainsi, par exemple, que les drastiques, le croton, la coloquinte, le jalap, etc. etc., ne pourraient faire dans cette maladie ce que d'autres catégories d'évacuants produisent, et si dans quelques rares formules composées on voit entrer le jalap, l'aloès ou tel autre de cette nature, il faut convenir que c'est en somme l'exception.

Il y a une autre question importante pour ce qui est de l'emploi des purgatifs dans la dysenterie. Nombre de médecins ont trouvé, par exemple, qu'ils ne sont pas également indiqués à toutes les phases de la maladie, et c'est ainsi que beaucoup, les trouvant insuffisants comme moyen initial de traitement lorsqu'il y a des phénomènes d'embarras gastrique accentués, ont conseillé d'ouvrir la scène par un vomitif, quitte à recourir ensuite à ces purgatifs. D'autres ont dit aussi que, dans les cas graves de dysenterie aiguë sévère, ces purgatifs seraient trop faibles aussi comme moyen thérapeutique du début, que leur usage ferait alors perdre un temps précieux qu'il vaut infiniment mieux se servir d'agents plus énergiques, comme l'ipéca. Je partage, pour ma part, un peu de ces deux opinions qui, en somme, découlent d'une même idée, et suis assez volontiers d'avis de ne voir dans les purgatifs qu'un agent utile dans l'immense majorité des cas, mais insuffisant lorsqu'il y a soit ces phénomènes d'embarras gastrique, soit une sévérité initiale très grande de la maladie. Aussi conseillerai-je, lorsque l'état du sujet et la sévérité de l'atteinte le justifient, de commencer par l'ipéca, et de ne donner les purgatifs qu'à titre secondaire, ne leur faisant prendre la première ligne que le lendemain ou quelques jours après mieux, c'est-à-dire lorsque l'orage pathologique s'est amendé déjà favorablement dans une certaine mesure. Mais entendons-nous bien, pour jus-

tifier l'emploi du vomitif initial, il faut que la gravité de l'atteinte et l'intensité de l'état fébrile le réclament très positivement.

Les praticiens ont aussi fait remarquer que les purgatifs sont contre-indiqués dans certaines formes de la dysenterie; c'est ainsi que, lorsqu'il y a une hémorrhagie intestinale proprement dite, des accidents d'algidité, de cholérisation, leur emploi serait tout à fait irrationnel. Dans les formes gangréneuse, typhoïde, quand il y a imminence d'accidents péritonéaux, de perforation, etc., on comprend qu'il faut être aussi extrêmement réservé pour ce qui est des purgatifs, de peur de faire mécaniquement plus de mal que le médicament ne peut faire thérapeutiquement de bien. De sorte, en définitive, que nous dirons ceci pour conclure : l'usage des purgatifs quoique très général et très fréquemment indiqué ne doit pas être banal et irréfléchi dans le traitement de la dysenterie. Dans certaines conditions rares, j'en conviens, il ne faut pas y recourir, dans d'autres, il ne faut les employer que très prudemment et avec grande réserve. Ce qui n'empêche que dans l'immense majorité des cas ils constituent le médicament par excellence, tant dans les flux de ventre aigus que dans les chroniques ; enfin ajoutons qu'ils sont un très bon agent thérapeutique secondaire dans les flux de transition.

Pour parler séparément des divers purgatifs employés contre les flux de ventre, nous adopterons la classification qui les range en trois grandes catégories : *A*. Les dialytiques ; *B*. Les mécaniques ; *C*. Les drastiques.

PURGATIFS DIALYTIQUES

Nous étudierons parmi eux certains : 1° sels alcalins à acide minéral, les sulfates de soude, de potasse, de magnésie, et les eaux minérales purgatives ; 2° sels alcalins à acide végétal ;

3° substances végétales agissant en vertu de ces sels, sulfovinates, citrates, tartrates, séné, casse, tamarin, manne, etc. ; 4° enfin le calomel.

Sels alcalins à acide minéral

Ce sont, avons-nous dit, les sulfates, phosphates, chlorures de soude, de potasse et de magnésie, les eaux minérales purgatives et la magnésie blanche (magnésie dicarbonatée, oxyde de magnésie, hydrocarbonate de magnésie).

Le sulfate de soude peut être considéré comme le type de ces purgatifs, c'est peut-être lui qui est le plus souvent employé ; il purge aussi bien et d'une manière un peu moins irritante que le sulfate de magnésie, par exemple, et on peut avec lui obtenir tous les effets des purgatifs salins ; c'est donc lui que nous prendrons comme type. Néanmoins il faut que nous disions quelques mots des autres avant d'entrer plus avant dans son étude.

Le sulfate de magnésie, très semblable au sulfate de soude, peut-être un peu plus amer au goût, un peu plus irritant pour l'intestin, s'emploie absolument aux mêmes doses.

Le sulfate de potasse, plus irritant et plus dangereux que les sels de soude et de magnésie, car il est toujours à craindre que le sel ne soit absorbé et ne produise un véritable empoisonnement au lieu de provoquer une action purgative, ne doit se donner qu'à la dose de 10 à 15 grammes au plus chez un adulte, et le mieux, je crois, est de ne pas l'employer du tout.

Le phosphate neutre de soude, moins désagréable à ingérer que le sulfate de soude, pourrait lui être substitué sans inconvénient pour les malades ; s'emploie absolument aux mêmes doses et de la même manière que le sulfate de soude. Le phosphate de magnésie, trop peu soluble pour être employé. Le phosphate de potasse est inusité.

Les hyposulfates de soude et de magnésie pourraient être employés à la place des sulfates de ces bases, 20 grammes d'hyposulfates représentant 30 grammes de sulfates.

Le chlorure de sodium est purgatif à la dose de 30 à 40 grammes dans deux ou trois verres d'eau. Celui de magnésium produit le même effet aux doses de 15 à 25 grammes ; quant à celui de potassium, il doit être absolument laissé de côté comme dangereux.

La magnésie calcinée, qui à faible dose agit comme absorbant des acidités de l'estomac, purge à la dose de 4 à 8 grammes chez l'adulte. Son action purgative se produit par la transformation en chlorure de magnésium qui va se faire dans le gros intestin, de sorte qu'elle est lente, et à ce titre moins préférable que celle des sulfates et chlorures ingérés directement.

Les eaux minérales purgatives sont très nombreuses. Nous citerons parmi elles celle de Vacqueiras-Montmirail (Vaucluse), qui purge à la dose de : quatre à six verres.

Celle de Balaruc (Hérault), un à deux litres ;
— Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), un à trois litres ;
— Aulus (Ariège), deux à huit verres ;
— Chatel-Guyon (Puy-de-Dôme), deux à quatre verres;
— Birmenstorf (Suisse), un à deux verres ;
— Sedlitz (Bohême), deux à quatre verres ;
— Püllna — — —
— Seidschutz — — —
— Epsom — — —
— Hunyadi-Janos (Hongrie), — un à trois verres.

Enfin n'oublions pas de dire que la première de toutes est l'eau de mer, qui, à la dose de deux à quatre verres, produit, aussi bien que n'importe quelle autre, une purgation assurée.

Sels alcalins à acide végétal

Nous rangerons dans cette catégorie deux sortes de corps : 1° des sels qu'on fait dans le laboratoire ; 2° des substances végétales dans lesquelles ils sont en suffisante quantité pour produire la purgation. En général, leur action est assez faible, ou au moins assez douce pour qu'ils aient mérité le titre de tempérants.

Les citrates de soude ou de magnésie purgent à la dose de 40 à 60 grammes dans deux ou trois verres d'eau ; le *tartrate de potasse et de soude,* appelé vulgairement sel de Seignette, se donne de 20 à 30 grammes ; la crème de tartre soluble (tartrate borico-potassique) purge aussi à la dose de 30 grammes.

Les sulfovinates de soude et de magnésie sont employés depuis les recherches de M. Rabuteau (*Gaz. hebd.*, 1870) ; ils purgent à la dose de 15 à 25 grammes.

Végétaux à acide purgatif

Tamarin. — La pulpe de tamarin (tamarindus indica) est tempérante à la dose de 10 à 15 grammes et purgative de 20 à 60 grammes dans 400 grammes d'eau.

Casse. — La pulpe de casse (cassia fistulata) est purgative à la dose de 40 à 60 grammes dans 500 grammes d'eau, et l'extrait produit le même effet de 10 à 30 grammes.

La *manne* qui découle de l'écorce de certains frênes purge à la dose de 40 à 100 grammes chez l'adulte, dissoute dans l'eau chaude.

Le *séné.* — Les folioles de séné (provenant de divers arbrisseaux du genre cassia) purgent en infusion de 15 à 25 grammes.

La *rhubarbe* (racine du rheum palmatum) purge à la dose

de 2 à 4 grammes. On emploie parfois un extrait qui est purgatif à la dose de 1 à 2 grammes.

On a fait pour la rhubarbe ce qu'on a fait pour l'ipéca, une macération qui est bue par fractions à divers moments de la journée.

Avant d'aller plus loin, il nous faut jeter un coup d'œil synthétique sur les divers purgatifs que nous venons d'énumérer, pour voir quels sont ceux qui peuvent être préférés aux autres, suivant le cas, et dans quelles conditions tel ou tel d'entre eux peut être spécialement adopté, ou au contraire rejeté.

Or nous voyons de prime abord qu'on peut ranger ces purgatifs dans trois grandes catégories : *A*. Les sels neutres à acide minéral et les eaux minérales purgatives ; *B*. Les sels neutres à acide végétal et les substances végétales comme la manne et la casse ; *C*. Les purgatifs à base d'acide chrysophanique, comme le séné et la rhubarbe. C'est par ces derniers que nous commencerons.

La rhubarbe avait été vantée par les médecins du siècle dernier ; mais notons que Zimmermann, par exemple, avait remarqué qu'elle tend à augmenter les coliques lorsqu'elle est employée au début de la maladie ; aussi engage-t-il à n'y recourir que lorsqu'elle a été modifiée par la crème de tartre, le tamarin, le sel de Sedliz, c'est-à-dire par les deux premières catégories.

Nous pouvons dire la même chose touchant le séné. D'ailleurs, si nous songeons à la manière dont ces purgatifs agissent, nous voyons que c'est en excitant la contractilité des fibres musculaires intestinales surtout, de sorte que nous comprenons facilement et la production des coliques d'une part, et la recommandation faite par les cliniciens de ne pas les employer dans les cas de procesus inflammatoire ; car, par les mou-

vements intempestifs qu'ils provoquent, ils peuvent augmenter, exaspérer ce processus; et même, lorsque l'inflammation est vive, ils pourraient bien faciliter l'apparition des déchirures, des perforations intestinales.

Par conséquent, je suis porté pour ma part à rejeter ces purgatifs, comme la rhubarbe et le séné pour les cas de diarhée et de dysenterie aiguë, pour la dysenterie chronique. On serait assez volontiers porté à penser qu'en vertu de l'action dite stomachique, peptique, digestive qu'on leur prête à petites doses, ces purgatifs sont indiqués dans la diarrhée chronique. Je ne partage pas cette opinion, et pour elle comme pour les autres flux de ventre je suis formellement disposé à les rejeter. Et, en effet, si l'on veut agir sur le tube digestif de cette manière dite peptique, ne peut-on pas employer d'autres agents qui feront aussi bien et qui d'autre part n'ont pas les inconvénients que nous leur reconnaissons? Ces inconvénients proviennent de l'excitation des mouvements intestinaux qu'ils provoquent. Sommes-nous bien certains, quand nous sommes en présence d'un flux chronique appelé diarrhée, qu'il n'y a pas çà ou là tel point enflammé de l'intestin qui lui mériterait le nom de dysenterie ? Dans ce cas comprend-on qu'en allant intempestivement faire contracter les fibres intestinales voisines, on peut faire plus de mal que de bien. Sans doute, si nous étions parfaitement assurés que ces points inflammatoires n'existent pas et que c'est une pure diarrhée de débilitation, d'atonie, nous pourrions sans crainte stimuler ces mouvements, mais jusqu'ici nous manquons d'un moyen assuré de diagnostic.

Les purgatifs salins à acide organique ont été préconisés comme moins actifs, plus doux que les sels neutres, et la manne, le tamarin, la casse, etc., ont été recommandés sous ce rapport.

Dutrouleau avait une telle confiance dans la manne, par

exemple, qu'il la regardait presque comme spécifique contre la diarrhée et la dysenterie légères ; il la donnait à la dose de 30 grammes dissous dans 500 grammes de petit-lait, à boire par demi-verre toutes les heures pendant plusieurs jours. C'est plus une action spéciale qu'une purgation que Dutrouleau attribuait à son petit-lait manné, car il dit dans son livre : « Il faut que le petit-lait manné soit toléré, qu'il n'agisse comme évacuant que les deux ou trois premiers jours, quelquefois même pas du tout, ce qui prouverait qu'il a une action particulière. »

Beaucoup de médecins ont parlé dans le même sens tant de la casse que du tamarin, des citrates de soude et de magnésie, de la crème de tartre, etc. C'est dans la même pensée que Delioux recommandait le phosphate, le tartrate de soude, le sel de Seignette, etc., de préférence aux sulfates de soude et de magnésie. La raison en est que, s'étant trouvé seulement en présence de cas aigus peu sévères, et surtout de flux chroniques, il n'avait pas été obligé d'agir avec une grande vigueur en peu de temps.

Remarquons que ces purgatifs n'ont pas été préconisés pour tous les cas de dysenterie, mais bien pour certains bien spécifiés, diarrhée ou dysenterie légère, ou bien dysenterie déjà modifiée et tendant à la guérison. Or nous voyons là, il me semble, d'un seul coup d'œil, la solution du problème : ces purgatifs sont moins énergiques, moins puissants que les sels neutres à acide minéral, et alors, si on peut les employer dans les cas légers, quand le médecin peut choisir ses agents au goût du malade sans grande crainte d'accidents ou d'insuccès, il faut les laisser de côté lorsqu'on est en présence d'une atteinte sévère et qu'il s'agit de lutter vigoureusement contre une atteinte que l'on craint de voir s'aggraver. N'oublions pas que l'aggravation, dans nombre de flux de ventre, c'est la

chance de mort ou de chronicité que l'on fait courir au sujet dans certains pays.

Il est une autre question qui doit entrer en ligne de compte pour certains cas, c'est l'altérabilité plus facile des médicaments dans lesquels entrent des substances végétales, de sorte que dans un moment donné on peut avoir à dose égale ingérée des effets différents produits dans une assez grande limite du plus au moins.

Donc pour les raisons que je viens d'énumérer, les purgatifs végétaux et les sels neutres à acide végétal sont des agents secondaires à mon avis, ne pouvant supporter la comparaison pour les cas de dysenterie sévère avec les purgatifs salins à acide minéral. Ils sont indiqués dans certains cas, comme dans la rectite, par exemple, pour produire la mollesse des selles, parce qu'ils tendent moins à constiper lorsque l'action purgative est accomplie ; mais, on le voit, c'est alors à un titre tout à fait secondaire qu'ils entrent dans la pratique.

Après les éliminations que nous venons de faire, il ne nous reste plus que les purgatifs salins à acide minéral, et parmi eux lesquels nous paraissent préférables, soit dans tel ou tel cas, soit dans tous les cas possibles ? Eh bien ! pour ce qui est des sels de potasse, nous avons dit déjà qu'ils doivent être laissés de côté ; restent alors les eaux minérales, les sels de soude et ceux de magnésie.

Les eaux minérales me paraissent devoir occuper le dernier rang de préférence, parce qu'étant d'une composition complexe et peut-être d'une conservation assez problématique parfois, il vaut mieux leur substituer des agents plus simples et dont on peut pour cette raison mieux mesurer les doses et surveiller l'action.

Quant à la valeur comparative des sels de soude ou de magnésie, je dirai que je la mets absolument sur la même ligne ;

je crois que c'est une question d'habitude qui fait pencher pour tel ou tel, et comme personnellement je me suis plus fréquemment servi du sulfate de soude, c'est lui que je place dans ma pratique en première ligne. Mais entendons-nous bien, c'est, je crois, une question d'habitude personnelle, et rien de plus.

Trousseau dit dans un mémoire qu'il inséra de commun avec Bonnet dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. II, p. 376, qu'il faut donner le sulfate de soude d'abord à doses assez massives, 30 à 60 grammes par jour, car il remarqua que la guérison était d'autant plus certaine que le nombre des évacuations était plus grand. L'illustre thérapeutiste appelle dans le travail précité l'attention sur les points suivants : *A*. Le premier effet du sulfate de soude est de provoquer quelques coliques ou d'augmenter celles qui existent déjà ; *B*. Son action purgative commence à se manifester de une à quatre heures après l'ingestion, et est terminée dix à douze heures après ; *C*. Cette action purgative du sulfate de soude étant épuisée en douze heures, il faut, quand on ne veut pas perdre de temps, donner à ce moment soit une nouvelle dose de médicament, soit un autre remède. Je n'ai rien de plus à ajouter.

Le sulfate de soude se prescrit dans la dysenterie à des doses variables et d'une manière différente, suivant les cas, les individus et les localités. C'est ainsi qu'il est donné tantôt à dose purgative de 30 à 60 grammes par la bouche, soit en potion à prendre en une ou deux fois à quelques minutes d'intervalle, soit en potion à prendre d'heure en heure, soit en tisane à boire dans le courant de la journée ; tantôt, au contraire, le sulfate de soude est donné à doses moindres, de 20 à 5 grammes, par exemple, dans la journée, d'après la méthode des doses décroissantes, comme on dit ; enfin, soit qu'on donne en même temps ce médicament ou un autre par la bouche, on prescrit parfois le sulfate de soude en lavement, à la dose

de 20 grammes pour 120 grammes d'eau à renouveler une, deux et jusqu'à quatre fois par jour.

Pour ma part, je recours très souvent et très volontiers aux purgatifs salins et surtout au sulfate de soude dans le traitement des flux de ventre ; j'entrerai à ce sujet dans des détails circonstanciés lorsque je formulerai ce qui me paraît devoir être fait suivant tel ou tel cas spécial. Pour le moment je dirai que, dans la diarrhée aiguë, c'est souvent le médicament initial, et même le seul que j'emploie. Il faut parfois achever la guérison par quelques astringents, obturants, etc., dans ces cas, mais souvent aussi il ramène la santé à lui seul. Dans la dysenterie aiguë, ces purgatifs salins, et je vise, je le répète, surtout le sulfate de soude, constituent un excellent moyen aussi, moyen moins puissant à mon avis que l'ipéca, et pouvant échouer là ou l'ipéca réussira. Par conséquent c'est l'agent principal dans la dysenterie moyenne, c'est l'agent secondaire dans la dysenterie grave au début. Dans le traitement de la rectite, c'est souvent aux purgatifs d'origine végétale, comme la manne, le tamarin, etc., qu'il faut demander la mollesse des selles, de préférence au sulfate de soude, à cause de la tendance ultérieure à la constipation. Mais, comme on le voit et comme je le ferai ressortir, les purgatifs n'ont dans ces cas qu'une importance tout à fait secondaire. Enfin dans les flux chroniques, ces purgatifs salins reprennent leur très grande importance, con me j'aurai l'occasion de le dire plus loin.

Calomel

Nous arrivons à un médicament qui a éprouvé les vicissitudes les plus grandes, et qui a tour à tour été prôné et combattu de la manière la plus énergique. Les avis sont encore très dif férents au sujet de son efficacité dans la dysenterie, et il est à

craindre que de longtemps encore l'opinion ne soit pas définitivement arrêtée sur son compte.

C'est surtout aux Anglais qu'il faut rapporter l'introduction du calomel dans le traitement de la dysenterie; elle remonte à une époque déjà assez éloignée de nous, époque où il semblait que le calomel fût une panacée souveraine non seulement contre les flux de ventre, mais encore contre le choléra, la fièvre jaune et même la fièvre paludéenne. Sa vogue fut bientôt considérable, telle même, qu'il semblait à beaucoup que la dysenterie ne pouvait être combattue efficacement que par lui. Après avoir duré longtemps elle pâlit et finit par être battue en brèche presque avec un succès complet, trouvant cependant çà et là un regain de prôneurs enthousiastes au milieu d'un nombre de plus en plus croissant d'adversaires (1).

Traitement d'Annesley

(1) Les médecins anglais et américains emploient souvent un traitement qu'on peut appeler le traitement d'Annesley, bien qu'il fût connu longtemps avant ce praticien éminent, mais qui mérite de porter son nom parce qu'il l'a non seulement employé beaucoup, mais encore qu'en le faisant connaître dans son livre il l'a basé sur une discussion approfondie des indications thérapeutiques auxquelles il faut satisfaire d'après lui dans la dysenterie. Je vais en emprunter le résumé à Cambay, qui en a fait une étude spéciale dans son excellent livre (p. 567).

« Pendant les prodromes de la dysenterie, Annesley donne un vomitif avec l'ipécacuanha, suivi d'un léger purgatif après lequel il fait prendre un grand bain pour calmer l'irritabilité générale et rappeler les liquides à la surface du corps. Lorsque la dysenterie est tout à fait déclarée et intense, il fait une saignée générale chez les Européens débarqués depuis peu, pléthoriques et bien conservés. Il en ordonne une seconde si la première n'est pas suffisante, parce qu'il a observé qu'après d'abondantes émissions de sang, les selles en contenaient beaucoup moins. Chez les individus qui habitent depuis longtemps les pays chauds, qui sont lymphatiques et dont la constitution est moins forte, il se contente d'une ou deux émissions sanguines locales, qui se composent chez les malades les plus faibles de trois à quatre sangsues.

« Après avoir tiré du sang en quantité suffisante, il croit qu'il faut vider

En France nous avons assisté aux mêmes oscillations, moins exagérées il est vrai, mais néanmoins encore très marquées, et tandis que les uns, comme Cambay, Segond, les frères

entièrement les intestins des matières qu'ils contiennent. Pour cela il prescrit le soir un gramme de calomel associé à cinq ou dix centigrammes d'opium, suivi le lendemain matin d'un purgatif et d'un lavement émollient. L'administration préalable du calomel et de l'opium calme généralement l'irritabilité de l'estomac, si elle existe, éloigne les spames et dispose les voies afin que les sécrétions morbides du foie et des intestins soient facilement rendues par le purgatif que l'on doit donner. Il continue ce genre de purgation pendant tout le temps qu'il croit à l'existence des matières fécales dans l'intestin. Les apparences qui lui indiquent principalement l'existence de cette cause permanente d'irritation sont une langue sale et chargée, la plénitude de l'abdomen, particulièrement dans la région cœcale et sur le trajet du côlon, la présence dans les selles de morceaux de matières fécales nageant dans un liquide brun séreux et la coïncidence de mucosités gluantes au fond du vase. Il croit que tant que ces matières resteront dans les gros intestins la cause de la maladie persistera, et qu'il faut insister sur l'emploi de cette médication.

« Les moyens que l'on doit employer pour évacuer ces accumulations morbides doivent être calculés de manière à relâcher le spasme du côlon qui existe généralement dans la dysenterie, d'où la nécessité de combiner le calomel à l'opium et de favoriser l'action des purgatifs par la bouche à l'aide des lavements émollients et antispasmodiques. Les cataplasmes et les fomentations chaudes contribuent encore à diminuer les coliques, la douleur et le ténesme. Peu après l'administration du calomel et de l'opium, le soir, il donne encore un lavement anodin pour favoriser le sommeil.

« On a objecté, dit-il, la débilité qui survient si souvent dans le cours de la dysenterie comme un empêchement à cette médication et surtout aux émissions sanguines. C'est une erreur : ce n'est pas de la débilité, c'est une oppression des forces vives; et les symptômes défavorables qui surviennent si fréquemment dans la maladie ont lieu plus souvent quand les émissions sanguines n'ont pas été employées, de même que la maladie passe dans ce dernier cas plus fréquemment à l'état chronique que dans le premier.

« Il faut beaucoup d'expérience pour choisir les purgatifs et pour juger du temps pendant lequel on doit les continuer. Il a rarement, ou n'a même jamais jugé nécessaire de répéter les purgatifs plus d'une fois dans la journée après avoir donné une dose entière dès la pointe du jour. On doit prendre garde de confondre l'irritation et le ténesme qui accompagnent l'inflammation de l'S iliaque, du côlon et du rectum avec le désordre occasionné par la rétention et la présence des matières fécales, car dans ce cas l'administration trop répétée des purgatifs serait funeste.

Monard, etc. etc., l'ont préconisé avec une grande insistance, d'autres, parmi lesquels je citerai Câtel et Dutrouleau, ne le considéraient comme utile que dans quelques rares circonstances. Quant à Delioux, après l'avoir employé beaucoup, il l'abandonna, dit-il, tout à coup frappé qu'il fut enfin de ses inconvéniénts et de son insuffisance.

Le calomel s'emploie de nos jours dans la dysenterie de trois

« Il conseille pour favoriser l'action du purgatif les injections avec la décoction de lin unie au tartrate de potasse ou de soude, et la décoction de riz avec l'huile d'olive ou de ricin. Pour calmer l'irritation intestinale il ne trouve rien de plus efficace qu'un lavement de décoction de graine de lin ou de riz avec un mucilage combiné avec l'opium, l'extrait de grande ciguë ou de jusquiame ; il conseille alors des quarts de lavements que le malade doit garder le plus longtemps possible.

« Pour favoriser la transpiration, il conseille les diaphorétiques dans le jour, ainsi que nous l'avons déjà dit. Il prescrit ensuite le bain chaud à une température douce et susceptible de diminuer l'irritabilité générale et de rétablir la circulation à l'extérieur du corps ; il insiste sur ce moyen dans les cas de ténesme, de coliques et de strangurie ou de dysurie.

« Dans la dysenterie simple, Annesley n'emploie pas le calomel dans le but de produire un effet spécifique, parce qu'il ne croit pas qu'il soit alors nécessaire. Il recommande le calomel seul ou combiné à l'opium dans l'intention de corriger les sécrétions biliaires et intestinales et de les préparer, ainsi que les surfaces sur lesquelles elles sont logées, à l'action que doivent produire les purgatifs qui vont être administrés. Si la salivation survient et si la bouche s'affecte après cette médication, on doit considérer cette circonstance comme favorable, surtout si les sécrétions, les déjections alvines et les autres symptômes se sont améliorés en même temps. Si ces effets ont lieu sans que la bouche se prenne, il croit que le médicament n'en a pas moins produit un bon résultat, d'autant plus que, dans ce dernier cas, il ne cause pas d'affaiblissement de l'économie : ce que l'on doit avoir soin d'éviter autant qu'en le peut tout en combattant rapidement la maladie. Il pense que l'effet spécifique du mercure n'est nécessaire que dans la dysenterie compliquée d'affection du foie, et qu'alors il faut tâcher de le produire rapidement, parce que, s'il n'a pas lieu promptement, surtout après l'emploi des émissions sanguines et des purgatifs, il vaut mieux en cesser l'emploi, dans la crainte que cet agent énergique ne produise de fâcheux résultats. Lorsque la salivation est produite, il cesse d'administrer le mercure, parce qu'il ne voit aucun motif pour le continuer, et que si l'on persiste dans l'emploi de ce médicament on affaiblit inutilement le malade. » (Cambey, *loc. cit.*, p. 567 et suiv.)

manières principales : *A*. A dose massive prise en une ou deux fois à peu d'intervalle; *B*. A dose minime prise en plusieurs fois ; *C*. Mélangé à d'autres substances médicamenteuses.

A. Calomel a doses massives

On donne aussi volontiers à cette manière d'administrer le calomel le nom de méthode d'Amiel, en souvenir du médecin anglais qui, à Gibraltar, en 1812, donnait deux grammes de calomel par jour en deux prises, une le matin, l'autre le soir, et obtint d'aussi beaux résultats, que celui de méthode d'Annesley. La plupart des médecins ne prescrivent que la moitié des doses indiquées par Amiel : un gramme, un gramme vingt de calomel au plus sont la quantité quotidienne, et beaucoup même ajoutent au médicament un peu d'opium, comme veut Annesley, pour modérer les coliques qui suivent assez souvent son emploi.

B. Calomel a doses filées

Cette méthode, qu'on appelle assez volontiers la méthode de Law, consiste à mélanger cinq centigrammes de calomel avec un gramme de sucre et à partager le tout en dix paquets que l'on fait prendre d'heure en heure.

Disons en passant que quoi qu'on en ait pu penser, la production de la salivation mercurielle n'a aucun avantage dans la dysenterie, et, au contraire, a tous les inconvénients de cette irritation buccale pénible sinon dangereuse pour les malades.

Dans le but d'obtenir un effet moins énergique sur les glandes salivaires, beaucoup de médecins ont élevé la dose de calomel à vingt ou vingt-cinq centigrammes, de manière que chaque prise soit de deux centigrammes ou deux centigrammes et demi, au lieu d'être d'un demi-centigramme, et, en effet, la salivation est moindre et moins rapidement provoquée alors.

C. Calomel mélangé a d'autres substances

Nous avons vu tantôt que quelques médecins ont préféré diminuer les coliques sans affaiblir l'action du calomel en lui adjoignant de l'opium. C'était un premier pas vers la méthode que nous avons à étudier maintenant et qui porte en général le nom de méthode de Segond.

Segond, médecin en chef de la marine française, à la Guyane, étudiant la pratique des Anglais de Démérary arriva à combiner le calomel avec d'autres substances, et obtint des succès tels, que la méthode prit son nom. Voici sa formule : poudre d'ipéca, 0, 40 gr. ; calomel, 0,20 ; extrait aqueux d'opium, 0, 05 gr. ; sirop de nerprun q. s., pour 6 pilules à prendre d'heure en heure. Segond variait, suivant les indications, les proportions relatives de ces divers médicaments, et ouvrit ainsi la porte aux mille variantes qui ont été proposées, et qui, sous le nom de pilules des frères Monard, de Delioux, de d'Ormay et de maints autres, ont été employées avec des succès divers.

En parlant des pilules de Segond et de leurs nombreuses variantes, je ne puis m'empêcher de bien faire remarquer au lecteur que, dans l'esprit des inventeurs, il était absolument indispensable que ces pilules fussent consommées par les malades le jour même de leur fabrication. C'est, à mon avis, une obligation tellement étroite, que je proscris systématiquement toute préparation pilulaire de ce genre qui a plus de six heures de fabrication, et je ne saurais trop insister pour que mes successeurs partagent la même manière de voir. En effet, on comprend que, suivant le pays, la saison, la manière dont la pilule a été fabriquée, elle prend en peu de temps une dureté telle qu'elle traverse tout ou partie du tube digestif sans être dissociée, de sorte qu'on croit avoir agi thérapeutiquement alors

qu'on n'a rien fait et qu'on ne sait plus au juste l'action produite sur le malade qu'on a mission de soigner.

L'importance des pilules de Segond et de ses diverses variantes a été appréciée de diverses manières ; les uns ont exagéré leur utilité, d'autres l'ont trop dépréciée, de sorte que, malgré tout ce qui a été écrit pour ou contre elle, l'opinion n'est pas encore irrévocablement fixée à leur sujet.

Remarquons en passant que Segond lui-même ne croyait pas ses pilules applicables à tous les cas de dysenterie ; il recourait d'abord aux antiphlogistiques, puis à l'ipéca, puis au calomel isolé, et ce n'est que lorsqu'il avait échoué ainsi qu'il prescrivait ses pilules. Ce n'était donc que dans la dysenterie grave, aiguë, et déjà plus ou moins modifiée par ses premières tentatives infructueuses, qu'il espérait réussir par leur emploi.

Delioux employait volontiers les pilules de Segond dans la dysenterie chronique, quand il y avait une recrudescence d'état aigu, une poussée irritative intercurrente, et il dit s'être bien trouvé de cette thérapeutique.

Quelle est l'action du calomel sur l'organisme ? La question mérite d'être étudiée avec quelque soin quand on recourt à un médicament aussi actif et contre lequel tant de médecins ont eu une prévention plus ou moins grande. Or les uns ont di que le calomel stimule vivement le foie et exagère la sécrétion biliaire, les autres ont bien admis cette action primitive, mais ne l'ont considérée que comme une chose de détail pour la thérapeutique. Ils ont pensé que le médicament se rendait utile dans les flux dysentériques surtout parce qu'après une période d'hypersécrétion biliaire il y en avait une autre réactionnelle, pendant laquelle cette sécrétion était presque tarie, phénomène qui permettait aux ulcérations intestinales entretenues jusque-là par une irritation topique incessante, de se cicatriser.

D'autres médecins, Morhead entre autres, prêtent surtout au calomel une action de révulsion sur le tube digestif; le médicament exercerait sur l'intestin une action topique irritative, en se transformant, par exemple, comme l'a pensé Mialhe, en bichlorure de mercure d'une manière lente et ménagée, à mesure qu'il se trouve au contact des liquides chlorurés de la digestion, et c'est ainsi qu'il favoriserait directement la guérison des ulcérations intestinales.

De ces trois opinions laquelle accepterons-nous ? Remarquons que les deux premières ne se contredisent pas, de sorte qu'il n'y en a que deux en présence, et pour ma part, tout en pensant que l'opinion qui prête au calomel une action topique irritative sur l'intestin peut être l'expression d'une partie de la réalité, je crois que c'est surtout à celle qui croit à son action puissante sur le foie qu'il faut rattacher la majeure partie de l'action du médicament. Il modifie profondément la sécrétion biliaire, rend la bile moins âcre pendant qu'elle est sécrétée en plus grande quantité au début, puis ménage l'intestin de l'irritation topique incessante qu'il éprouvait jusque-là pendant la période de diminution de la sécrétion biliaire, et c'est ainsi surtout qu'il peut rendre de bons services. Mais, hélas ! cette action puissante du calomel sur le foie n'est-elle pas elle-même un grand inconvénient, n'expose-t-elle pas à d'énormes dangers dans une maladie où le foie a une susceptibilité si grande ? Je n'oserais le nier, étant bien au contraire convaincu que le calomel est une arme à deux tranchants, aussi terrible dans un cas qu'efficace dans l'autre. De sorte que, tout en admettant une action puissante du médicament sur l'organisme et dans la maladie, je ne puis me résoudre à lui décerner exclusivement des éloges.

Dans ma pratique coloniale j'ai employé souvent le calomel, je l'ai vu surtout employer beaucoup par nombre de mes col-

lègues. Je l'ai étudié avec soin comme sans parti pris, et je suis arrivé à trouver qu'à côté de quelques avantages incontestables, puissants même, j'en conviens, il est extrêmement dangereux. Dans mon étude sur la fièvre bilieuse mélanurique, je me suis étendu très longuement sur le compte de ce calomel, et je crois l'avoir accusé avec grande raison de prédisposer beaucoup à cette fièvre bilieuse mélanurique chez les sujets impaludés, à l'abcès du foie chez ceux qui ont eu la dysenterie ou qui se trouvent dans des conditions favorables à cette suppuration hépatique. Après douze ans de méditations sur ce sujet, je ne trouve pas que mon premier dire fût exagéré, je n'ai pas changé d'opinion, en un mot. Au contraire, j'ai vu, puis-je dire, cent fois et plus, ma pensée corroborée par les faits les plus probants.

D'ailleurs, si on songe à l'opinion que j'ai formulée touchant la pathogénie de la dysenterie, on comprend que chez un individu dont le foie est malade déjà, qu'on me passe le mot, dont le foie a au moins une susceptibilité extrême, surexcité qu'il est dans sa fonction sécrétoire, l'usage d'un médicament qui vient agir brutalement et d'une manière puissante sur sa circulation peut provoquer un processus inflammatoire, sous l'influence d'un concours de circonstances éventuelles.

Qu'on me permette la comparaison : le foie, au moment où survient la dysenterie, est un peu dans le cas de la glande mammaire au moment de l'accouchement, c'est-à-dire est dans une période de turgescence et d'accroissement éventuel de sécrétion très accentuée ; or, de même que trop souvent une irritation intempestive peut provoquer un abcès de la glande mammaire chez l'accouchée, une irritation intempestive peut provoquer un abcès du foie chez le dysentérique. Et pensera-t-on que l'usage du calomel n'est pas capable, dans le cas actuel, de produire cette irritation intempestive du foie ?

Le protochlorure de mercure me paraît donc être un médi-

cament éminemment dangereux dans le cas où nous sommes placés, et plus d'un me dira : Mais alors, pourquoi ne le proscrivez-vous pas résolument dans le traitement de la dysenterie?

Eh bien! non, je ne le proscris pas, et au contraire, il est des cas où il me paraît formellement indiqué. Celui qui a lu mes études sur les maladies du Sénégal, sur celles de la Martinique, a vu mes hésitations, mes essais, et enfin mon opinion s'accentuer d'une manière de jour en jour plus assurée sur ce point de la thérapeutique.

Lorsque, malgré les antiphlogistiques et l'ipéca, qui, comme l'a très bien dit mon savant ami Dujardin-Baumetz, est le médicament par excellence de la dysenterie grave et joue à son égard le rôle que joue le quinquina dans la fièvre paludéenne : lorsque, dis-je, malgré les antiphlogistiques et l'ipéca donné d'une manière rigoureuse, on voit la maladie, qui était primitivement très grave déjà, faire encore des progrès vers l'aggravation, que faire?

Voici d'abord ce que j'écrivais en revenant du Sénégal (*Maladies des Européens au Sénégal,* t. Ier, p. 535 et 536), je le rapporte textuellement pour bien montrer au lecteur les hésitations, les tâtonnements par lesquels j'ai passé, afin qu'il ne pense pas que c'est sans motif que j'ai modifié mon opinion, et afin, au contraire, de lui montrer de mon mieux que j'ai cherché à me laisser guider par l'expérience et non par les raisonnements ou le parti pris dans cette question : « Les médecins de l'Algérie, et nombre de nos praticiens des colonies intertropicales, ont songé, pour ce cas, comme d'ailleurs pour le cas où la dysenterie prend une aggravation de plus en plus grandes malgré les efforts thérapeutiques, à préconiser le calomel, soit à des doses réfractées, soit à des doses filées, soit à des dose, plus ou moins massives.

« Je dois ici faire l'aveu que, malgré des essais, des observations et des réflexions faites attentivement, je n'ai pas encore d'opinion bien arrêtée sur l'opportunité de la médication. Dans un très grand nombre de cas j'ai vu l'ipéca suffire, au moins pour le moment, à enrayer les accidents, et dans ces cas je n'ai pas eu recours au calomel. Dans un petit nombre de cas désespérés, où je voyais la maladie marcher vers une issue rapidement fatale, malgré l'emploi de l'ipéca, j'ai eu recours au calomel, mais je n'ai vu aucun bon effet se produire. Il est vrai, je le répète, que c'étaient des cas désespérés, et que le médicament qui eût pu faire quelque bien dans ces conditions eût été réellement un remède héroïque.

« Il y a donc ici, j'en conviens, une lacune dans mon travail. Mes efforts n'ont pas abouti encore à la combler, et je préfère la laisser béante que de chercher à la dissimuler par des faux-fuyants. J'ai indiqué la marche à suivre dans le plus grand nombre des cas ; à l'intuition médicale de mes successeurs de voir ce qu'il faut faire dans les autres. A un travailleur à venir, surtout, avec le soin de nous apprendre comment il faut agir dans ces divers cas, suivant telle ou telle indication. »

Depuis le moment où j'écrivais ces lignes, j'ai eu l'occasion de faire l'expérience du calomel à la Martinique, dans des cas de gravité extrême et alors que je voyais l'ipéca rester insuffisant. Et je l'ai faite, assez souvent, pour avoir une opinion appuyée sur un nombre assez grand de faits. Or, voici ce qui est ressorti de mes essais : 1° Je ne recours au calomel que lorsque je vois l'ipéca rester entièrement impuissant ; 2° je l'emploie quand il me paraît indiqué par l'existence de ces phénomènes sévères semblant capables d'entraîner la mort à courte échéance. Or dans ces cas je l'emploie, ai-je dit, à la dose de un gramme mêlé à un ou deux grammes de poudre d'ipéca et à dix centigrammes d'opium. On met ces trois sub-

stances en dix pilules que l'on fait prendre d'heure en heure au malade, et je dois ajouter que j'ai vu dans la majorité des cas les accidents s'amender vite et bien dans ces cas-là. N'oublions pas de répéter qu'il est absolument nécessaire à mon avis que les pilules soient faites le jour même où on les emploie ; deux ou trois jours après elles ont assez durci pour qu'on ne puisse plus compter suffisamment sur leur action, et on comprend combien la chose est grave pour un pareil médicament.

J'avoue donc que ces pilules de calomel, ipéca et opium, qu'on a appelées de noms si divers que je renonce à les désigner par l'appellation de leur inventeur, de crainte de renouveler la discussion des Segond, Monard, etc. etc. ; j'avoue, dis-je, que ces pilules ingérées quelques heures à peine après avoir été faites constituent un remède puissant et héroïque qui m'a fourni maintes fois d'excellents résultats. Mais j'ai une telle crainte du calomel, qu'elles sont restées dans mon esprit comme le moyen ultime que je ne mets en œuvre que lorsque l'ipéca seul ne m'a pas fourni de bons résultats. J'ai donc une grande confiance en elles, comme le joueur a grande confiance dans la dernière carte qu'il réserve avec soin pour la fin de la partie, pensant quelle est capable quelquefois de le faire gagner alors qu'elle est jouée après les autres, tandis peut-être qu'elle n'aurait eu qu'une mince importance s'il l'avait mise en avant prématurément.

On voit que je prescris le calomel à peu près comme le voulait Dutrouleau, qui conseillait, on s'en souvient, un gramme de protochlorure, et cinq centigrammes d'opium en vingt-quatre heures ; c'est la continuation des idées d'Amiel. La méthode réfractée ne m'a pas paru, et de beaucoup, être aussi efficace.

Quand on recourt au calomel comme je viens de le dire, on continue pendant deux, trois, quatre jours son emploi, puis l'on revient à l'ipéca, soit en potion, soit à la brésilienne, soit

en pilules (deux grammes de poudre d'ipéca et dix centigrammes d'opium pour dix pilules: en un mot, les pilules précédentes moins le calomel), et ce n'est que plus tard, quand les selles sont très modifiées, quand le danger a disparu, que je reviens au sulfate de soude. Il m'est arrivé de donner pendant huit, douze, quinze jours ces pilules d'ipéca, sans calomel bien entendu, et faites au jour le jour, sans en diminuer les doses, et, chose remarquable, sans que le malade eût des vomissements. On eût dit que la tolérance s'était établie, et que l'action curative seule se produisait.

Cette longue explication renseigne bien le lecteur sur mon opinion touchant le calomel; c'est un médicament dangereux, mais vraiment héroïque. Or le malade est arrivé à un moment solennel qui va décider de sa vie ou de sa mort à courte échéance, et alors, fermant les yeux sur les dangers que peut faire courir le médicament ultérieurement, je ne regarde que son utilité actuelle ; et je n'hésite pas à recourir à un moyen extrême, j'allais dire désespéré.

PURGATIFS MÉCANIQUES

Nous n'avons à parler ici que de l'huile de ricin d'une manière assez détaillée, je dirai cependant un mot des expériences que d'Ormay a faites en Cochinchine, touchant la graine de moutarde. L'huile de ricin à la dose de trente à soixante grammes, émulsionnée comme je l'ai dit souvent dans d'autres études (huile de ricin, 40 gr., alcool de menthe, 20 grammes, eau sucrée, 20 grammes, agiter fortement au moment de l'ingestion), l'huile de ricin, dis-je, a été employée souvent dans le traitement de la dysenterie, et nombre de fois, pour ma part, je m'en suis servi un peu comme du sulfate de soude, par exemple, ou à peu près, c'est-à-dire que j'ai donné cette huile de ricin à la dose de 40 grammes, pendant deux ou trois jours

puis à doses décroissantes pendant trois ou quatre autres, dans la dysenterie aiguë ou dans les poussées actives des flux chroniques.

Nombre de praticiens ont préconisé cette purgation à l'huile de ricin. Delioux la préférait même à tout autre purgatif, mais il reconnaissait qu'elle est moins énergique que les sels neutres. Quant à moi, je crois aussi qu'elle est moins puissante que ces sels neutres, de sorte que c'est un degré un peu inférieur à mes yeux dans l'échelle thérapeutique, et dans bien des cas je me suis basé sur la question de répulsion des individus soit envers l'huile, soit envers le sulfate de soude, pour choisir entre les deux médicaments.

Souvent aussi j'ai alterné de manière à donner un jour l'huile de ricin, le lendemain le sulfate de soude, ainsi de suite, sans trouver avantage ou inconvénient à la méthode, de sorte que je suis disposé à laisser en cela une grande latitude à l'initiative personnelle de chacun.

Graine de moutarde

D'Ormay essaya en Cochinchine la graine de moutarde en vue de savoir si, par hasard, elle aurait quelque efficacité dans la dysenterie ; mais il s'aperçut bien vite que c'est un moyen qu'il faut rejeter d'une manière absolue. En effet, non seulement il n'en obtint aucun bon résultat immédiat, mais encore la présence de petites sphères dures dans les ulcérations intestinales avaient tous les inconvénients des corps étrangers dans les plaies. Ces graines faisaient un peu ce que ferait du sable sur une plaie, aussi se hâta-t-il d'abandonner le médicament et recommanda de ne l'employer jamais dans des cas pareils. Dans les états subaigus, c'est-à-dire dans les diarrhées légères au début du séjour dans la colonie, il n'a pas noté d'accidents du fait de la médication ; mais, on en conviendra, c'est là un ré-

sultat purement négatif, car si quelques rares fois quelques grains crevaient et allaient produire un peu d'action topique substitutive qui tendait à épaissir les fécès, le plus souvent on ne pouvait constater le moindre bon effet. Donc, tant pour les flux aigus que pour les chroniques, pour les cas légers que pour les cas graves, je suis d'avis de proscrire d'une manière absolue l'usage de la moutarde en grains comme mauvais.

PURGATIFS DRASTIQUES

Ces purgatifs ont été beaucoup plus rarement employés dans le traitement de la dysenterie que les dialytiques ou les mécaniques ; ils ont, en effet, une action irritative qui doit les faire regarder de prime abord comme contre-indiqués.

NARCOTIQUES

Les narcotiques devaient se présenter naturellement à l'esprit dans le traitement d'une maladie qui est douloureuse dans nombre de cas, et on les a employés souvent. Les uns les ont considérés comme extrêmement utiles ; les autres, au contraire, comme nuisibles. Nous devons faire des coupures dans l'étude des narcotiques appliqués à l'affection qui nous occupe, et nous parlerons séparément : *A*. De l'opium ; *B*. Des solanées ; *C*. Des préparations composées, comme la thériaque, le diascordium, etc. etc., qui empruntent plus ou moins de leur action thérapeutique aux narcotiques qu'elles renferment.

Opium

Comme le dit très bien Delioux dans son livre : « Il est vraiment difficile de se faire une opinion sur la valeur de la dysenterie lorsque, sans expérience personnelle, on cherche une conduite à suivre dans les auteurs qui en ont apprécié

les effets. » En effet, les assertions sont absolument différentes au sujet de cet opium, suivant les travaux que l'on consulte, et tandis que les uns l'ont considéré comme souverain, d'autres le disent seulement utile, quelques-uns le croient indifférent, et enfin un grand nombre l'appellent pernicieux. On répète volontiers, toutes les fois qu'on parle de l'opium dans la dysenterie, le passage suivant du livre de Sydenham : « Entre tous les remèdes dont le Dieu tout-puissant, qui est la source de tous les biens, a fait présent aux hommes pour adoucir leurs maux, il n'en est point de plus universel ni de plus efficace que l'opium. »

Mais c'est à tort qu'on se baserait là-dessus pour employer aveuglément le médicament dans tous les cas ; car, remarquons-le bien, Sydenham n'en abusait pas dans certaines circonstances et à certains moments, et s'il l'administrait au début des atteintes légères, dans le simple catarrhe de l'intestin, il n'agissait pas de même, bien au contraire, lorsqu'il avait affaire à une dysenterie grave.

L'opium a eu le tort de certains médicaments, il est entré comme base plus ou moins exclusive de traitement, ou a été mis à l'écart systématiquement, suivant les idées qu'on s'est faites dans le moment de la nature des maladies ou de l'action thérapeutique des divers agents médicamenteux. Et, comme le fait remarquer Delioux, depuis le commencement de ce siècle, il s'est toujours produit le phénomène suivant ceux qui préconisent les évacuants sont plus ou moins hostiles à l'opium, au moins comme agent thérapeutique important dans le traitement, tandis que ceux qui sont partisans de la méthode dite *antiphlogistique*, le considèrent comme éminemment utile. La raison en est, selon lui, en ceci, que l'opium est peut-être le moyen de pallier un peu les médiocres sinon mauvais effets de cette méthode antiphlogistique ; de

sorte, on le voit, que son efficacité serait en somme bien mince.

L'opium a deux actions essentielles sur le corps de l'homme : *A*. Il apaise la douleur ; *B*. Il constipe. Or il semble à priori que, dans une maladie comme la dysenterie, où la douleur existe parfois assez vive et où les intestins sont le siège d'un flux assez abondant en général, il doit produire d'excellents effets ; mais il faut convenir qu'il donne lieu dans la pratique à de grands mécomptes. Et d'ailleurs en y songeant un peu on comprend bien vite que s'il apaise la douleur dans une inflammation, ce n'est pas parce qu'il fait tomber directement cette inflammation, mais seulement parce qu'il en diminue l'appréciation par l'intelligence ; de sorte qu'il ne se présente que comme un agent temporaire et d'ordre inférieur dans le traitement des maladies de cette nature. Le plus vulgaire bon sens fait comprendre que si, toutes choses égales d'ailleurs, c'est-à-dire que si même il était démontré qu'il n'a pas d'autre part une mauvaise action, on ne devrait le considérer que comme un adjuvant destiné à passer après une infinité de moyens, ceux, par exemple, qui atteignent directement l'élément inflammatoire cause première de la douleur.

Mais c'est que précisément il ne faut pas oublier que si l'opium est utile contre l'élément douleur, il constipe, et la plupart des médecins qui se sont occupés de la dysenterie savent combien il est dangereux de couper brusquement court à un flux de ventre et de constiper un sujet à certains moments. On masque les symptômes de maniere à laisser l'aggravation se faire en silence et insidieusement, et cela d'une manière d'autant plus redoutable qu'on ne s'aperçoit pas tout d'abord de ses progrès.

Pour ma part, j'ai vu deux si terribles exemples du mauvais effet de l'opium dans la dysenterie, que je suis arrivé à redou-

ter son emploi dans bien des cas. Chose étrange, ces deux exemples m'ont été fournis par des médecins, tant il est vrai que le médecin, même alors qu'il est utile aux autres dans le traitement des maladies, est souvent incapable de se bien soigner lui-même. Un de mes camarades d'une colonie que je ne nommerai pas, pour ne faire aucune allusion compréhensible, était chargé de soigner des malades en quarantaine ; il avait eu plusieurs fois la dysenterie, et à diverses reprises des poussées d'hépatite. Une nuit il fut obligé de veiller pour pratiquer un accouchement laborieux chez une quarantenaire ; on était au moment de l'hivernage, il sua, se refroidit, et le lendemain il eut un commencement de dysenterie. Aussitôt il se mit sous l'influence de l'opium à dose assez élevée : pilules d'extrait gommeux de 25 millig. quatre à six par jour, et le flux s'arrêta très bien. Mais le foie se congestionna aussitôt d'une manière torpide ; trois semaines après je constatais un abcès du foie, et mon malheureux camarade, sourd à nos conseils, s'obstina à se soigner d'une manière irrationnelle qui en quelques semaines le mena au tombeau.

L'autre exemple est à peu près semblable et eut la même terminaison funeste ; c'est encore un refroidissement engendrant un flux dysentérique auquel on oppose aussitôt quelques doses d'opium, à la suite desquelles la dysenterie disparaît et l'abcès du foie se montre. Aussi depuis longtemps suis-je très réservé dans l'emploi des hypnotiques et particulièrement de l'opium dans la dysenterie, et bien que dans quelques cas particuliers je lui reconnaisse une utilité du premier ordre, dans nombre d'autres je redoute les accidents que son emploi pourrait entraîner.

Mais n'oublions pas de dire que si l'opium est mauvais comme traitement unique ou comme moyen thérapeutique principal dans certaines atteintes de dysenterie que je spécifierai tantôt,

il a, au contraire, au titre modeste d'adjuvant, de moyen secondaire, un rôle à remplir utilement dans nombre de cas. Ainsi, par exemple, Delioux a insisté avec raison sur la propriété qu'a l'opium de favoriser la tolérance des divers autres médicaments que l'on emploie dans le cours de la dysenterie, chose qui, toute secondaire qu'elle est, constitue une utilité qu'on ne saurait ni méconnaître ni oublier.

D'autre part, les préparations opiacées entrent souvent dans les prescriptions pour usage externe dans le traitement de la dysenterie ; les embrocations, les lotions, les cataplasmes, en sont munis parfois, et le malade a grande confiance dans son efficacité en pareil cas. Je me laisse volontiers aller à cette pratique, qui m'a toujous paru au moins inoffensive, ce qui est quelque chose en présence d'un médicament qui a été l'objet d'accusations diverses, comme nous l'avons vu tantôt.

Dans quels cas l'opium est-il utile, indifférent, nuisible comme moyen thérapeutique des flux de ventre? telle est la question que nous avons à étudier ici. — Or nous dirons que dans quelques cas de diarrhée aiguë on l'a employé avec succès. Mais entendons-nous bien, ce n'est que lorsque le tube digestif a été balayé convenablement par un, et de préférence plusieurs purgatifs, c'est-à-dire au déclin, à la fin de cette diarrhée aiguë, qu'il peut se rendre utile. Le donner intempestivement dès les premières selles, quelque légère que soit encore l'indisposition en ce moment, est une imprudence à mon avis ; imprudence qui souvent ne produit pas d'accident, mais néanmoins qui a pu compliquer la situation dans assez de cas, entraîner même des aggravations telles que je n'y recours jamais, quant à moi, et je ne conseillerai jamais à quelqu'un qui voudra mériter la qualification d'homme prudent et réfléchi de se départir de ma réserve.

Dans la dysenterie aiguë, légère, moyenne ou grave, je pros-

cris absolument l'opium comme remède capital, et si je l'emploie quelquefois c'est à titre d'adjuvant très secondaire et comme moyen de faire tolérer les médicaments évacuants, auxquels j'attache la plus grande importance. C'est donc seulement pour empêcher, dans une faible limite, l'action vomitive de l'ipéca qui s'opposerait à la conservation dans l'estomac de cette substance pendant un temps suffisant. C'est aussi pour diminuer l'action irritative topique du calomel, et non pour remplir un autre but, que je le prescris dans la dysenterie très grave et très aiguë. Ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque la maladie est bien amendée, qu'elle marche vers la convalescence, lorsque les selles sont devenus séreuses et qu'il y a indication de les épaissir, que je prescris quelques rares fois un peu d'opium, et encore n'est-ce jamais, je le répète, que comme médicament secondaire que je l'emploie.

Dans les flux de transition, l'opium peut avoir un bon effet comme calmant topique des ulcérations, mais il ne faut pas oublier que la liquidité ou au moins la mollesse des selles est une chose qu'il faut s'attacher à obtenir alors, et l'action constipante de l'opium se présente comme un sérieux inconvénient à son emploi.

Dans la dysenterie et la diarrhée chroniques, les préparations opiacées peuvent produire quelques bons effets ; mais, toujours, entendons-nous bien, à titre d'agent secondaire, car, il ne faut pas s'y tromper, l'effet qu'il produit ne doit pas être considéré comme absolument désirable à courte échéance, bien mieux vaut le plus souvent obtenir l'amélioration par d'autres moyens plus utiles et moins dangereux que par ces opiacées qui ici, comme dans la dysenterie aiguë, n'ont servi trop souvent qu'à masquer un état de persistance, d'aggravation même de la maladie.

Solanées

Les solanées ont été infiniment moins souvent que l'opium mises à contribution dans la dysenterie, et cependant elles pourraient peut-être rendre d'utiles services, précisément parce que, calmant aussi bien que lui la douleur, elles n'ont pas l'action constipante qui fait que les opiacés sont si dangereux dans un grand nombre de variétés de la maladie. Aussi je me hâte de signaler un sujet d'expériences comparatives très intéressantes à ceux qui aiment à se rendre compte des choses entre les solanées et les diverses préparations à base de papavéracées.

Dans le petit nombre de cas où les solanées ont été mises en usage, on les a employées soit comme calmant externe, soit comme calmant interne introduit soit par la bouche, soit par l'anus. Pour ce qui est du premier mode d'emploi, nous dirons entre autres que dans une épidémie de dysenterie qui régnait sur la garnison de Tours, en 1856, le docteur Leclerc faisait appliquer au-dessus du pubis un vaste emplâtre de 50 grammes d'extrait de belladone ou de datura stramonium, et dit avoir constaté que sous cette influence le ténesme diminuait et disparaissait rapidement (*Bull. de thér.*, t. LVII, p. 97).

De son côté, le docteur Hamon (*Bull. de thér.*, t. LVII, p. 271) faisait sur l'abdomen des fomentations avec une décoction concentrée de feuilles vertes de *solanum tuberosum*.

Delioux, comme nombre de ses prédécesseurs, mettait des fleurs de morelle, de belladone ou de tabac dans les bains qu'il donnait à ses dysentériques. Nous devons rapprocher de ces diverses pratiques celle qui est courante, de faire de larges onctions belladonnées sur l'abdomen, dans les cas d'inflammation menaçante ou cofirmée de la grande séreuse péritonéale.

Quelle opinion avoir sur l'action de ces solanées employées à l'extérieur? Assurément, nous ne dirons pas qu'elle est mauvaise; mais nous n'oserions cependant pas dire qu'elle soit bien réellement efficace. Sans doute, dans quelques cas, elles ont pu faire bon effet; mais il faut convenir que dans l'immense majorité des circonstances elles sont inutiles, et à ce titre surchargent sans profit l'arsenal thérapeutique de la dysenterie. Donc, à part l'emploi des larges onctions de pommade belladonnée sur l'abdomen, qu'on recouvre ensuite de compresses émollientes et même narcotiques, nous ne sommes disposé à préconiser ces applications externes de solanées que dans un nombre restreint de circonstances, ne croyant pas que leur efficacité soit bien grande dans la majorité des cas.

Pour ce qui est de l'action des solanées prises à l'intérieur, je suis porté à considérer le médicament d'un œil favorable, me basant sur les essais de Delioux, qui a constaté par une longue expérience que l'extrait de belladone à la dose de 10 à 20 centigrammes en pilules réussissait aussi bien sinon mieux que l'opium à calmer les douleurs de la dysenterie.

Ce n'est pas seulement parce que la belladone est un stupéfiant, et à ce titre calme les douleurs, qu'elle paraissait utile à Delioux, mais aussi et surtout à cause de son action sur la contractilité de l'intestin, et il disait avec grande apparence de raison que, puisque l'action de constiper est nuisible dans la dysenterie, et que l'opium la possède à un haut degré, tandis que la belladone a une action inverse, il était rationnel de préférer la belladone à l'opium dans les cas où il n'y a pas un flux diarrhéique excessif à réprimer.

Ajoutons que la jusquiame a des propriétés analogues à celles de la belladone; mais moins active et moins puissante, à ce titre elle peut être indiquée dans les cas où il faut agir avec peu d'énergie.

Mais nous devons dire en finissant que le nombre de faits fournis jusqu'ici en faveur de la belladone et des autres solanées est assez minime pour qu'on ne soit pas encore fixé d'une manière suffisante sur leur compte. Et alors ces solanées se fondent dans l'histoire de l'emploi des narcotiques dans la dysenterie, emploi qui n'est que secondaire et limité à un assez petit nombre de cas pour le moment actuel.

Thériaque

Dès le moment qu'on parle de narcotique on pense à la thériaque, et, en effet, on trouve dans les livres des siècles précédents que ce médicament a été plus ou moins souvent employé contre les flux de ventre.

Je ferai grâce au lecteur de l'historique et de la composition de la thériaque, qui est le chef-d'œuvre de la polypharmacie et dans laquelle il entre soixante à quatre-vingts substances les plus différentes, mais je dirai avec Delioux que ce qui paraît déterminer ses propriétés thérapeutiques appréciables, c'est l'opium des astringents, des labiées et ombellifères aromatiques, des gommes résines, du vin capiteux et du fer, de sorte qu'elle agit, en somme, comme les balsamiques, les obturants et les astringents ; or, à ce titre, elle s'adresse aux même cas, c'est-à-dire aux flux chroniques, et ne présente pas une action spéciale qui mérite de l'étudier à part. Cette thériaque se donne à la dose de 2 à 4 quatre grammes par jour, ce qui représente de 2 à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Bien qu'elle rencontre çà et là encore quelques sympathies, il n'en est pas moins vrai que de jour en jour elle tend à disparaître de la matière médicale, et surtout de la thérapeutique de la dysenterie. J'applaudis pour ma part à cette disparition.

Diascordium

Le diascordium est une thériaque abrégée, si je puis m'exprimer ainsi, il ne contient que vingt substances au lieu de soixante-dix, et il paraît à priori devoir se ranger à côté d'elle. C'est un médicament qui, plus que le précédent, est encore en faveur parmi quelques médecins; il se donne dans les flux chroniques dans lesquels on espère toujours une amélioration qui n'arrive jamais.

Delioux a prescrit jusqu'à quinze grammes de diascordium, ans produire de narcotisme ni même d'effet physiologique ou thérapeutique appréciable, de sorte qu'on se demande alors quel est son degré d'utilité. Pour ma part, je suis disposé à laisser dans les vieilles boutiques d'apothicaire de pareilles drogues, et je ne les emploie pas plus que les pilules de cynoglosse et autres préparations démodées.

ACIDES VÉGÉTAUX

De même que quelques auteurs ont accusé les fruits acides d'engendrer la dysenterie, d'autres ont espéré guérir la maladie par l'usage des fruits acides, tant il est vrai qu'en médecine on est certain toujours de trouver, soit pour l'étiologie, soit pour la thérapeutique, les idées les plus opposées prendre consistance et avoir des préconisateurs.

L'idée d'employer les fruits acides dans le traitement de la dysenterie s'appuie surtout sur la pratique de Zimmermann, qui dit avoir obtenu d'excellents résultats avec la crème de tartre et le tamarin. Mais, comme le fait très bien observer Delioux, Zimmermann s'est mépris sur l'action de cette crème de tartre et de ce tamarin dans les résultats qu'il obtint par leur emploi : c'est parce qu'ils purgent et non parce qu'ils sont acides que ces médicaments peuvent modifier favorablement les

flux de ventre. Bien plus, on pourrait contester l'action de l'acidité dans le cas présent, en rappelant les longues discussions que ces fruits, dits acides, ont provoqué à l'occasion du traitement de la goutte; discussions dans lesquelles on a démontré que c'est en réalité des sels de potasse et de soude, et non des acides proprement dits, qui sont ingérés avec eux.

Le rôle des fruits acides est extrêmement limité et secondaire dans la dysenterie aiguë; c'est à titre de tempérant, de très léger purgatif ou pour tromper la soif, qu'il peut être utilisé, et encore mille autres moyens peuvent le suppléer. Dans les flux de ventre chroniques, certains fruits de cette catégorie, le raisin par exemple, peuvent donner de bons résultats, mais il faut des circonstances particulières, tant sous le rapport du degré, de l'intensité, de la forme de la maladie, que des dispositions du malade ; de sorte qu'en réalité on peut dire que ces fruits acides ne sont qu'exceptionnellement employés dans la maladie que nous étudions.

STIMULANTS ET TONIQUES

Les stimulants et les toniques ont pu se rendre utiles dans le traitement d'un certain nombre de flux de ventre; mais c'est exclusivement, on le comprend, dans ceux qui tournent à la chronicité, ou qui y sont arrivés déjà, car on ne comprendrait pas à priori que ces stimulants et ces toniques pussent venir à la pensée du médecin dans les cas où l'acuité et l'état inflammatoire dominent la scène.

Cannelle, muscade

On a conseillé la cannelle, la muscade, que quelques praticiens ont considérées comme jouissant d'une efficacité incontestable. C'est ainsi, par exemple, que Delioux avait une grande confiance dans la cannelle, qu'il donnait à toutes les périodes de la

maladie, disait-il, et qui stimulait les fonctions digestives en même temps qu'elle épaississait les selles chez ses malades. La muscade avait pour lui les mêmes propriétés utiles que la cannelle, et il la regardait comme éminemment utile dans plusieurs cas.

Simarouba

Le simarouba, qui pour quelques thérapeutistes établit la transition entre les toniques, les amers et les astringents, a été préconisé dans le traitement de la dysenterie à la dose de 8 à 20 grammes infusés dans 500 grammes d'eau. Je ne crois pas qu'il mérite d'être distingué des autres astringents.

Quinquina

Au premier rang des toniques se range naturellement le quinquina, qui agit dans les flux chroniques tant en soutenant les forces qu'en diminuant, par son astringence, les sécrétions intestinales. Ce quinquina a été mis en usage sous toutes les formes, dans toutes les circonstances, et il a fait souvent beaucoup de bien; mais n'oublions pas d'ajouter que plus d'une fois on a abusé de lui, et que, trop souvent, il a été prescrit d'une manière aussi aveugle qu'irrationnelle. Je vise en disant cela le vin de quinquina, qui a fait, je crois, en thérapeutique, plus de mal que de bien, à cause de ses excès d'emploi et de son usage intempestif.

Pour ma part, je suis disposé à considérer comme infiniment minime l'efficacité de ces divers médicaments, quinquina, cannelle, muscade, etc., dans le traitement de la dysenterie; d'abord ils sont, non seulement inutiles, mais encore nuisibles dans la dysenterie aiguë grave ou de moyenne gravité, et je les proscris absolument pour ces cas-là. Dans la diarrhée aiguë légère, la diarrhée cholériforme, ils agissent comme stimulants, réchauffants, toniques; mais je ferai remarquer que c'est surtout les

préparations de ces médicaments dans lesquelles il entre de l'alcool qui ont paru faire bien, et alors on se demande si cet alcool n'a pas été pour beaucoup dans les résultats produits.

Dans la diarrhée et la dysenterie chroniques, je ne leur ai vu produire aucun effet qui m'ait engagé à les employer habituellement avec quelque confiance.

BALSAMIQUES

On a prêté aux balsamiques une action utile dans les flux de ventre chroniques, et on les a conseillés dans maintes circonstances. Dans les siècles précédents on les employait plus qu'aujourd'hui, et je ne crois pas que leur délaissement ait eu de bien grands désavantages. A l'époque où ils étaient dans la pratique courante, on pensait que ces balsamiques, qui ne sont pas absorbés par l'estomac, arrivaient dans l'intestin pour y exercer une action topique. Ils paraissaient alors devoir agir sur les ulcères intérieurs comme sur les ulcères de l'enveloppe cutanée, quand la chirurgie les emploie. Mais l'expérience a montré, en fin de compte, que leur utilité était minime. C'est en lavement qu'on devrait les employer si on voulait produire cette action topique, car, d'une part, ils arriveraient alors plus vite, plus facilement et moins altérés sur les points où ils doivent agir, et, d'autre part, ils n'irriteraient pas, avant de se rendre utiles, des parties du tube digestif aussi délicates que l'estomac et l'intestin grêle.

ASTRINGENTS

Les astringents ont eu le sort de tous les autres médicaments dans l'histoire de la dysenterie. Certains auteurs les ont considérés comme éminemment utiles, d'autres comme indifférents, et beaucoup les ont accusés d'être nuisibles au plus haut point.

Il n'est pas impossible ici, comme le plus souvent, de mettre tout le monde d'accord, en montrant que chacun a pris un dénominateur différent, et que cette distinction étant établie, les assertions sont vraies de part et d'autre. Ainsi lorsqu'on a dit que Zimmermann était l'ennemi des astringents, on aurait dû ajouter qu'il les considérait comme pernicieux dans la dysenterie aiguë, au début ou pendant la période d'inflammation. Il croyait fermement que leur emploi intempestif pouvait, dans ces moments, produire des répercussions, des métastases, etc., accidents toujours dangereux et souvent funestes. Dans ces conditions, personne, de nos jours, n'oserait le contredire, car on a depuis si longtemps signalé les dangers de la suppression brusque et maladroite du flux de ventre, que l'opinion est bien arrêtée aujourd'hui sur ce point.

Par ailleurs, au contraire, quand certains auteurs ont cité des faits remarquables des bons effets de ces astringents, il faut remarquer qu'ils ont parlé de cas spéciaux de flux chroniques surtout, et dans lesquels, en modérant les sécrétions morbides, puis en les tarissant, on a fermé la porte à des causes puissantes de débilitation et même d'accidents.

Dans la question de l'emploi des astringents contre les flux de ventre, il y a plusieurs points spéciaux à envisager, et c'est ainsi qu'on se demande : *A*. Dans quelles catégories de flux de ventre peut-on les mettre en œuvre ; *B*. Quels sont les astringents qu'il est préférable d'employer suivant les cas; *C*. Par quelle voie doivent-ils être introduits dans l'économie ?

A. Pour ce qui est de la première proposition, nous dirons en résumé, après ce que nous venons d'exposer tantôt, que les astringents introduits par la bouche sont contre-indiqués et nuisibles dans la dysenterie qui débute, et même tant que l'état irritatif a quelque acuité. Ce n'est que lorsqu'on a

affaire à un flux persistant tourné à la chronicité déjà qu'on tire quelque utilité de leur emploi par la bouche ou le rectum.

B. Quant à la nature de l'astringent, la chose est plus controversée. Pour l'ingestion par la bouche, les uns préfèrent les végétaux, et c'est le plus grand nombre ; les autres ont pensé qu'avec les minéraux et en particulier les préparations ferriques astringentes on obtient ou au moins on est en droit d'espérer les deux actions simultanées ou successives d'astringence et de tonicité.

Delioux préférait les astringents végétaux aux autres dans la dysenterie, ce qui revient à dire que le tannin était le médicament de cette catégorie qui lui paraissait le plus utile; et quoiqu'il fût porté à penser que le tannin pur agit moins efficacement que celui du cachou, du ratanhia, du kino, etc. etc., il n'en est pas moins vrai que c'est à ce tannin qu'il est logique de rapporter les bons effets produits par ces diverses substances.

Les astringents végétaux employés par la bouche contre la dysenterie sont nombreux. Suivant les temps et les lieux on a vu préconiser tel ou tel de préférence ou à l'exclusion des autres. Pour ma part j'avoue que, ne voyant dans les divers astringents végétaux qui ont été préconisés que du tannin coûtant plus ou moins cher dans le commerce, je suis disposé à recourir au plus pur, qui est en même temps le meilleur marché.

Je ne saurais oublier de signaler que les médecins qui ont préconisé les divers astringents végétaux à prendre dans le courant de la journée, ont fait le même oubli que ceux qui prescrivent le vin de quinquina à jeun : ils n'ont fait aucune attention au pauvre estomac du malade, qui, se trouvant déjà dans de mauvaises conditions sous mille rapports, reçoit encore en outre une agression souvent violente, toujours dure, par le médicament, qui pour être administré dans les meilleures intentions du monde, n'en est pas moins un com-

posé tannique, dont l'action topique est très irritative quand elle n'est pas atténuée par la présence de matières alimentaires qui le divisent assez pour modifier sa manière d'agir.

Je ne saurais aussi parler du tannin sans rappeler, à titre de digression que je l'ai parfois employé sous forme de poudre enrobée de pain azyme à la dose de 25 à 40 centigrammes par repas, c'est-à-dire deux fois par jour, en me conformant aux idées de Trousseau, c'est-à-dire en ne l'introduisant dans l'estomac qu'en compagnie d'une suffisante quantité d'aliments pour que son action topique sur la muqueuse ne fût pas agressive.

C'est une action de tonicité que j'espérais produire ainsi, et la méthode de Trousseau a fait assez ses preuves pour qu'on puisse la considérer comme bonne. Mais il est à remarquer que, dans le cas qui nous occupe, la question d'astringent est toute secondaire et mérite à peine d'être signalée pour mémoire.

C. Par quelle voie doivent être introduits les astringents dans l'économie quand on les emploie comme antidysentériques? Nous savons qu'ils ont été donnés de deux manières très différentes. Les uns les ont administrés par la bouche, les autres, au contraire, les ont fait prendre en lavement. Ceux qui les ont administrés par la bouche ont pensé parfois qu'ils allaient agir topiquement sur le gros intestin; mais Delioux faisait remarquer avec grande insistance que c'est en vain qu'on espérerait exercer une action topique astrictive sur l'intestin avec des médicaments introduits par la bouche. Ces médicaments ont été modifiés si profondément dans l'estomac et l'intestin grêle, qu'ils ont perdu absolument toute propriété topique bien avant d'arriver sur le lieu de leur action. Par conséquent, quel que soit l'astringent ingéré, ce n'est qu'après qu'il a été absorbé et par la modification qu'il apporte au sang

et secondairement aux autres liquides de l'organisme qu'on peut espérer de le voir agir thérapeutiquement.

On voit aussitôt combien les astringents introduits par la bouche perdent de l'efficacité qu'on était disposé à leur accorder de prime abord, et alors on se demande s'il est bien utile de leur faire exercer ainsi une action topique réelle sur l'estomac, sinon sur lui et l'intestin grêle, avant qu'ils aillent très probablement faire leur effet sur le gros intestin. Pour ma part, je trouve que non.

La conclusion logique qui s'impose alors, c'est que la voie rectale est la préférable et doit seule être choisie pour eux. Et remarquons qu'elle réagit sur la seconde proposition ; en effet, dès le moment qu'on va chercher à obtenir une action purement topique, la question de mettre en œuvre l'astringent végétal ou le minéral perd une partie de son importance, celle qui se rattachait aux craintes qu'on pouvait avoir touchant son agression sur l'estomac, ses chances de décomposition par les liquides digestifs.

A mon avis, l'action des astringents introduits par le rectum est infiniment plus certaine et plus efficace que celle des astringents donnés par la bouche, je la proclame très volontiers préférable ; elle est puissante dans une grande quantité de cas. Cette action n'est pas à rechercher dans les flux aigus tant qu'il y a la moindre trace d'irritation et de tendance fébrile ; mais lorsque l'atonie commence à se manifester dans les flux de transition et dans les flux chroniques, ces astringents introduits par la voie rectale peuvent donner d'excellents résultats.

FERRUGINEUX

Nous sommes amenés à nous occuper des ferrugineux pour le traitement de la dysenterie. Ces ferrugineux se partagent, on le sait, en deux grandes catégories, les insolubles et les

solubles, et chacune d'elles a une action bien spéciale, répond à des indications parfaitement déterminées; mais pour se rendre mieux compte de leur action dans le cas qui nous occupe, nous dirons que ces ferrugineux s'emploient de trois manières très différentes dans la dysenterie : *A.* Dans quelques cas on les prescrit par la bouche à doses modérées et sous forme de préparations solubles à titre de médicament reconstituant ; *B.* Tantôt, au contraire, on les ingère sous forme insoluble pour qu'ils aillent agir sur l'intestin de haut en bas; *C.* Enfin quelquefois on les introduit par le rectum pour atteindre la muqueuse directement comme agent stimulant, modificateur et même caustique au besoin.

A. FERRUGINEUX SOLUBLES INTRODUITS PAR LA BOUCHE A TITRE DE MÉDICAMENT RECONSTITUANT

Nous n'en finirions pas si nous voulions essayer d'énumérer les ferrugineux qui ont été préconisés dans l'ordre d'idées actuel. Les innombrables préparations ferrugineuses connues sous le nom de pilules de Vallet, de Blaud. de Blancard, de Gelis et Conté, des dragées, des poudres, des biscuits, des solutions même, en un mot, toutes les spécialités martiales qui encombrent la quatrième page des journaux de médecine et même des publications non scientifiques ont été préconisées dans la dysenterie comme dans toutes les maladies possibles à titre de toniques.

Nous renvoyons le lecteur à tout ce qui a été écrit sur l'action des ferrugineux, sans être tenté d'en fournir un résumé ici, car nous ne ferions pas avancer la question d'une ligne. Nous ajouterons cependant que quelques praticiens ont voulu agir d'une manière mixte, c'est-à-dire produire cette action de reconstitution dont nous parlons, et avec le surplus faire agir topiquement le ferrugineux sur le gros intestin,

et cette idée n'a fait qu'accroître le nombre des variétés des ferrugineux préconisés. C'est ainsi que le sous-carbonate de fer, que mille autres préparations ou substances martiales toniques, et y compris le bol d'Arménie, qui est, on le sait, une argile ferrugineuse (10 à 20 grammes), peut être astringente et tonique par son oxyde de fer, mais plus probablement encore inerte sur l'organisme, ont été mis à contribution.

B. FERRUGINEUX INSOLUBLES, INTRODUITS PAR LA BOUCHE POUR ALLER AGIR TOPIQUEMENT SUR L'INTESTIN DE HAUT EN BAS

Ceux-ci ne sont guère moins nombreux que les précédents, et ils ont été non seulement employés seuls, mais encore les a-t-on mélangés souvent à d'autres substances, de sorte que la matière médicale a été encombrée de mille préparations meilleures les unes que les autres, au dire des inventeurs, également inertes et impuissantes, disent les autres.

Pour ma part, je n'ai que la plus médiocre confiance dans ces préparations, et même j'avouerai que ce mode d'emploi des médicaments en général me paraît quelque peu irrationnel ; toujours pour la même raison que si on veut agir par l'intermédiaire de l'absorption, il faut prescrire des agents médicamenteux absorbables. Tandis que si, au contraire, on recherche l'action topique, il est au moins inutile, sinon irrationnel, d'aller faire passer par le canal tortueux, long et délicat de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin grêle, des substances qu'il est infiniment plus facile et qu'on a tout intérêt à faire arriver directement sur le gros intestin par la voie rectale, quand ils doivent agir topiquement.

C. FERRUGINEUX INTRODUITS PAR LE RECTUM POUR AGIR SUR L'INTESTIN DE BAS EN HAUT

Ces ferrugineux sont peut-être ceux qui se rendent les plus

utiles en réalité dans le traitement de la dysenterie ; leur action topique a d'abord le grand avantage de se comprendre facilement et de paraître à l'esprit dégagée des mille aléas, des mille obscurités qui obscurcissent l'action des autres modes d'introduction.

C'est le perchlorure de fer qui le plus souvent est mis en œuvre dans le cas qui nous occupe, et il est d'une posologie assez facile, on le sait, pour pouvoir agir comme le désire le praticien, depuis la causticité la plus accentuée jusqu'à l'action excitatrice la plus douce et la plus modérée. A ce titre, il a pu se rendre utile depuis la dysenterie hémorrhagique la plus violente jusqu'à la diarrhée ou la dysenterie chronique, en passant par la rectite. Et dans ce dernier cas, l'introduction du ferrugineux par l'anus n'a pas l'action constipante qui est une des contre-indications de l'emploi des médicaments contre la rectite. Mais n'oublions pas de répéter que dans la dysenterie ces ferrugineux ne sont absolument indiqués que comme moyens secondaires ayant une indication précise, celle de l'astriction topique et souvent une contre-indication absolue.

OBTURANTS

Quand j'ai parlé tantôt du bol d'Arménie, à l'occasion des ferrugineux insolubles, le lecteur a songé certainement aux obturants, à ces corps inertes, destinés à venir agir par leur volume dans l'intestin pour produire une sorte d'effet mécanique sur les flux et les sécrétions intestinales. Ces obturants ont, en effet, été mis souvent à contribution dans certaines formes de la dysenterie aiguë et chronique, avec des résultats extrêmement variables suivant les cas.

Les obturants le plus souvent employés sont le bol d'Arménie, les poudres calcaires et le sous-nitrate de bismuth ; ils agissent, comme leur nom l'indique, surtout par leur présence

mécanique dans l'intestin. Les poudres calcaires se réclament de leur propriété absorbante pour les liquides et les gaz, et le bismuth, de son côté, a une autre efficacité : c'est, d'après quelques praticiens, de métalliser l'intestin, qu'on me passe le mot, ce qui peut, d'après eux, avoir parfois une très bonne action sur certains flux de ventre.

On a employé ces divers obturants, soit seuls, soit combinés entre eux ; on les a mélangés aux balsamiques, aux ferrugineux, aux astringents, aux toniques, et il en est résulté mille préparations diverses qui toutes ont eu la prétention de faire mieux que les autres, et qui toutes ont été oubliées ou à peu près, dès que leur préconisateur a cessé de les employer lui-même. On pourrait se baser sur cette particularité pour prouver sommairement que l'efficacité de ces obturants est minime ; car, si elle avait été aussi éclatante que chaque inventeur l'a pensé complaisamment, il y a longtemps que leur utilité dans le traitement de certains flux de ventre serait établie sur des bases précises, immuables, ce qui est loin d'exister, on le sait bien.

Bismuth

Le bismuth a été préconisé par nombre de praticiens et à des époques diverses ; c'est le sous-nitrate de bismuth qui a la préférence sur les autres et qui a donné entre les mains de Monneret, de Trousseau, de Brassac et de cent autres, des résultats qu'ils ont appelés excellents. On l'a employé à des doses très diverses, depuis les plus légères jusqu'aux plus massives, et maintes fois opposé aux flux aigus il s'est cantonné définitivement dans le traitement des flux chroniques.

Delioux formulait ainsi son opinion au sujet du sous-nitrate de bismuth : « C'est un des meilleurs antidiarrhéiques que nous possédions, mais ce n'est pas un antidysentérique. » Mais néanmoins Delioux avoue qu'il a constaté son impuissance

dans nombre de cas de diarrhée chronique des pays chauds, et un tel aveu est gros de conséquences. En effet, lorsqu'on voit un des prôneurs les plus enthousiastes du médicament reconnaître qu'il peut parfois ne pas donner des résultats suffisants, et lorsqu'on voit, d'autre part, des praticiens le conseiller depuis la dose de 50 centigrammes jusqu'à celle de 50 et 80 grammes par jour, on se demande si, en réalité, on a affaire à un agent thérapeutique bien efficace ; on se prend à craindre que ce ne soit un corps à peu près sinon entièrement inerte.

Pour ma part j'ai obtenu parfois de bons effets du bismuth pour épaissir les selles au déclin des dysenteries aiguës lorsque toute trace d'inflammation, d'irritation même a disparu, lorsque la maladie semble vouloir devenir une diarrhée séreuse chronique. J'ai obtenu aussi des effets analogues dans la diarrhée chronique, mais je ne dois pas oublier de dire que son indication s'est plus rarement présentée dans ma pratique à mesure que j'ai employé plus largement les sels de soude par la bouche et le rectum et le régime lacté. Delioux mélangeait souvent le sous-carbonate de fer avec le bismuth et l'opium, et croyait obtenir d'excellents effets de cette association dans la diarrhée chronique, quand il fallait tout à la fois diminuer le flux de ventre, calmer les coliques et tonifier le sujet. La pharmacopée est encombrée de préparations de ce genre, mais en somme l'utilité de ces composés est assez minime, de sorte qu'on se demande s'il est bien utile de faire renaître les vieilles formules de la polypharmacie pour obtenir des résultats aussi minimes. Aprés avoir parlé des composés calcaires, je dirai encore un mot du bismuth pour en finir avec lui.

Composés calcaires

On a conseillé divers composés calcaires sous forme de poudre, d'électuaire, etc. etc., dans le traitement de la dysenterie et de la diarrhée chroniques, et ces médicaments ont naturellement trouvé des prôneurs convaincus comme des détracteurs acharnés.

Delioux avait une grande confiance dans les poudres calcaires pour le traitement de la dysenterie et de la diarrhée chroniques, et il employait indifféremment le carbonate de chaux, la craie préparée, le phosphate de chaux, la poudre d'os calcinés, etc. etc., et il disait que ces poudres ont la plupart des avantages du bismuth et réussissent parfois dans des cas où il échoue.

Pendant que j'étais à la tête du service médical de l'hôpital de Gorée, j'ai voulu me faire une opinion touchant ces poudres calcaires, et j'usai une énorme provision de craie que je trouvai dans le magasin de pharmacie. Je la donnai comparativement au sous-nitrate de bismuth et à des doses très diverses, depuis 1 gramme jusqu'à 40 et même 60 grammes par jour. Or je suis arrivé à une opinion bien différente de celle de Delioux; elles ne m'ont pas plus réussi que le bismuth; bien au contraire, quelquefois j'ai vu le bismuth avoir réellement un bon effet dans la diarrhée chronique, tandis que rien de semblable ne s'est passé pour la craie. Aussi il m'est resté la conviction que cette craie estun corps absolument inerte, n'ayant aucune efficacité contre les flux de ventre chroniques; aussi, pour ma part, est-ce une catégorie de médicaments que je n'emploie plus.

On a proposé le mélange des poudres calcaires, du bismuth, des balsamiques et des ferrugineux insolubles, espérant obtenir ainsi la somme des effets utiles prêtés à chacun de ces agents.

Quelle est l'utilité de ces obturants ? D'après ce que je viens

de dire, on voit qu'elle ne me paraît pas être du premier ordre, et en effet, elle est absolument nulle dans les flux de ventre aigus, au moins tant qu'il existe le moindre état d'inflammation, et même irritatif ; elle est d'une efficacité médiocre dans beaucoup de flux chroniques. Je concède volontiers que lorsqu'on a affaire à une diarrhée aiguë arrivée à la veille de sa guérison et que le seul phénomène qui constitue la maladie est une liquidité des selles, indice d'une élaboration mal pondérée des aliments, les préparations de bismuth épaississent en général ces selles, et de cette manière constituent un moyen efficace de traitement. Disons la même chose de la dysenterie aiguë assez proche de la guérison pour ne plus être qu'une diarrhée. Mais on conviendra que c'est là une assez mince utilité dans l'histoire de la thérapeutique des flux de ventre, car, à part quelques cas exceptionnels, avec cent autres agents, le sulfate de soude à faible dose (4 à 8 grammes par jour), on obtient aussi facilement et aussi sûrement un pareil résultat.

Quant au flux chronique, je l'ai donné avec succès dans certaines diarrhées chroniques, mais je ne puis me laisser aller à dire qu'il a toujours une utilité incontestable ; je n'oserais même dire que cette utilité n'est pas compensée même quelquefois par des inconvénients, la tendance scorbutique, entre autres, lorsqu'on gorge pendant longtemps le sujet de ce médicament sans pouvoir obtenir la guérison, ni même une amélioration sérieuse de l'état morbide de l'intestin. De sorte que tout en reconnaissant qu'il est parfois utile je ne l'emploie qu'assez rarement.

DIVERS

Je rangerai dans cette catégorie une série de médicaments préconisés çà et là contre la dysenterie et qui ont joui d'une réputation passagère plus ou moins grande, à peu près tou-

jours imméritée, je dois le dire. Ces médicaments sont l'albumine, l'ergot de seigle, l'arnica, l'aconit, la noix vomique, le fraisier, le noyer, la créosote, l'hydrothérapie, la chlorodyne.

Je les énumère sans ordre et au courant de la plume, parce qu'ils n'ont en réalité qu'une importance des plus minimes, et d'ailleurs qu'ils constituent une série très incomplète ; car si j'avais voulu énumérer tout ce qui a été décoré du nom pompeux d'antidysentérique, j'aurais une si longue liste à fournir que le chapitre *traitement* de mon étude aurait besoin de tenir tout un volume entier.

Je sais bien que la critique trouverait facilement à reprendre sur cette catégorie que je présente actuellement, car parmi ces médicaments les uns pourraient se ranger parmi les toniques, les autres parmi les stimulants, etc. etc. Mais serait-il bien utile de chercher à les placer bien exactement dans la place qu'ils doivent rigoureusement occuper à ce point de vue ? Leur utilité dans la thérapeutique des flux de ventre est si minime, le plus souvent, que la chose n'en vaut vraiment pas la peine.

Albumine

On a cru un moment avoir trouvé dans l'albumine le remède efficace de la dysenterie, et quelque difficile qu'il fût de comprendre à quelle vertu cette albumine devait l'heureuse chance d'être la panacée spéciale aux flux de ventre, on l'a employée sur une assez vaste échelle pour que les résultats aient été suffisamment clairs, et que sa réputation d'insuffisance soit bien établie désormais.

En 1835 déjà, le Dr Bodin (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*) préconisa l'eau albumineuse contre la dysenterie. Mais c'est surtout à Mondière qu'on doit sa large introduction dans la thérapeutique des cours de ventre ; en

effet, en 1839, Mondière de Loudun (journal *l'Expérience*), publia un mémoire dans lequel il rapportait dix-neuf observations favorables à l'administration de l'albumine contre la dysenterie, et sa méthode eut un grand retentissement. Voici comment il procédait: il faisait prendre par verrées trois ou quatre bouteilles par jour d'eau contenant six blancs d'œuf, 90 grammes de sirop de sucre, et 9 grammes d'eau de fleurs d oranger. En même temps il donnait chaque jour trois demi-lavements composés chacun de trois blancs d'œuf. Les résultats signalés étaient vraiment remarquables, je dirai plus, extraordinaires. Des dysenteries graves datant de un à huit jours cédaient en douze à vingt-quatre heures, sans laisser de traces, et bien mieux, aussitôt le flux de ventre arrêté, le malade était guéri, si bien qu'il pouvait se remettre à boire et à manger comme d'habitude, le médecin ne conseillant que par pure prudence de continuer pendant deux ou trois jours l'albumine à dose décroissante. Je vois là la preuve qu'il ne s'agissait pas d'un flux de ventre bien méchant.

En somme, les malades de Mondière absorbaient 27 à 33 blancs d'œufs par jour, soit près de 1000 grammes d'albumine, et quatre litres de liquide aqueux par la bouche, sans compter les trois demi-lavements, qui font 1500 grammes ou au moins 1000 grammes d'eau introduits par l'anus.

Malheureusement il arriva ici ce qui arrive si souvent, si généralement en thérapeutique, de sorte que ceux qui ont essayé ultérieurement la méthode n'en ont pas, à beaucoup près, obtenu des résultats aussi remarquablement satisfaisants que l'inventeur. Aussi le doute ne tarda pas à naître au sujet de son efficacité. D'ailleurs, n'oublions pas de dire qu'ultérieurement Mondière lui-même fut obligé de renoncer à sa médication albumineuse, qu'il réserva seulement pour les cas légers. Les uns considérèrent désormais le traitement comme inerte,

en réalité ; les autres attribuèrent les bons résultats signalés par l'auteur et quelques autres expérimentateurs comme dus uniquement à la quantité d'eau ingérée avec l'albumine ; ils rappelèrent que les médecins du siècle dernier, comme Baglivi, Huxham, Tissot, Zimmermann, etc. etc., qui préconisaient l'emploi des boissons aqueuses abondantes dans la dysenterie, avaient, en somme, obtenu des résultats absolument semblables à ceux que Mondière croyait pouvoir attribuer à l'albumine. Car dans le traitement de Mondière il y a autant à remarquer la quantité d'eau introduite dans le corps, que l'action thérapeutique propre de l'albumine, si on veut aller au fond des choses.

On a pourtant cherché à expliquer les succès de Mondière par l'effet thérapeutique de l'albumine, et on a parlé d'une action émolliente topique. Cette action serait tout au plus admissible pour les lavements, car l'eau albumineuse introduite par la bouche n'attend pas d'être arrivée dans le gros intestin pour être modifiée profondément par les sucs digestifs.

Ne pouvant admettre l'action topique émolliente, quelques médecins ont pensé que l'albumine de l'œuf allait présenter aux absorbants digestifs sous la forme la plus convenable la substance qui se trouve dans les liquides de sécrétion morbide, de telle sorte qu'on remplacerait immédiatement et à mesure, dans l'organisme, les principes dont la maladie tend à le priver.

Cette interprétation, qui a satisfait tant de bons esprits pendant un temps, paraîtra bien enfantine, qu'on me passe le mot, au lecteur ; car si les phénomènes biologiques et morbides consistaient dans des opérations chimiques aussi simples, la physiologie comme la thérapeutique seraient étrangement simplifiées.

Delioux expliquait l'action utile de l'albumine dans la dysenterie par ses propriétés nutritives, et comme il le dit très bien,

administrer 25 à 30 blancs d'œuf à un dysentérique par jour c'est le nourrir, et par conséquent c'est traiter le malade par l'hygiène alimentaire, au lieu d'attaquer la maladie par les agents pharmaceutiques.

Cette interprétation de Delioux ouvre tout un horizon touchant l'utilité de l'albumine dans le traitement de la dysenterie : c'est un aliment et non un médicament, à ce titre, son effet n'est que secondaire, et alors l'esprit le compare aussitôt au lait, qui est donné depuis quelques années dans les mêmes circonstances et dans le même but, disons aussi avec le même succès.

En somme je ne saurais mieux terminer ce qui a trait à l'albumine qu'en citant les propres termes de conclusion de Delioux: Je ne me rallie point à l'emploi exclusif de l'albumine dans le traitement de la dysenterie ; il ajoutait: Mais j'ai une entière confiance dans l'alimentation albumineuse, l'une des déductions les plus rationnelles de la physiologie expérimentale de la digestion. Dans ces conditions l'albumine, telle que la préconisait Mondière, disparaît de la thérapeutique en tant que médicament, et elle va se perdre très modestement à titre d'élément nutritif seulement dans le régime alimentaire lacté.

Ergot de seigle

L'ergot de seigle et l'ergotine ont une action si efficace contre les hémorrhagies qu'on a dû penser à eux dans certains flux de ventre, lorsque la quantité de sang des déjections est abondante. C'est ainsi qu'on les a employés dans la dysenterie hémorrhagique, et qu'on en a obtenu de très bons résultats. Mais entendons-nous bien, c'est à titre d'hémostatique tout purement et non d'antidysentérique que ces médicaments ont pu se rendre utiles, de sorte qu'ils n'agissent que d'une manière tout accessoire, car non seulement ils ne font rien contre la

maladie proprement dite, mais encore, pour produire bon effet contre l'hémorrhagie, il faut que la source du sang ne soit ni très large ni très abondante.

Delioux, qui a essayé l'ergot de seigle avec attention et un grand nombre de fois dans la dysenterie chronique, n'en a pas retiré de bons résultats et lui refusa, en définitive, toute utilité dans la maladie. Je partage entièrement cette opinion ; de sorte que, tout en étant disposé à employer l'ergot ou l'ergotine contre le symptôme écoulement de sang, ici comme dans tout autre cas, je ne songe pas un instant à penser que ces médicaments puissent de près ou de loin prendre le nom d'anti-dysentériques ou faire partie de la thérapeutique proprement dite des flux de ventre.

Créosote

Lorsqu'on introduisit la créosote dans la thérapeutique, vers 1840, on la préconisa contre une infinité de maladies, et nous voyons dans le *Bulletin de thérapeuthique*, t. LIX, qu'elle a été conseillée aux États-Unis contre la dysenterie. Mais à mesure que l'engouement de la mode passa, elle fut oubliée dans le traitement des flux de ventre, et aujourd'hui personne ne songe à l'employer.

Noix vomique

La noix vomique, qui à divers moments a été considérée comme le remède d'une infinité de maladies, et à d'autres est restée presque inemployée, a été préconisée comme tant d'autres médicaments contre la dysenterie.

Hufeland donnait la poudre de noix vomique à la dose de 80 centigrammes, l'extrait à 10 ou 20 centigrammes par jour lorsque, tout en diminuant d'intensité sous l'influence d'une autre médication, elle tendait à persister, et il pensait que cette noix vomique diminue et modifie les selles en même temps

qu'elle calme les coliques. Nombre de médecins du nord de l'Europe l'ont mise à contribution dans diverses conditions contre les flux de ventre, et ont cru qu'elle avait plus ou moins un bon effet.

Geddins, médecin de Baltimore (*Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 231), donnait la strychnine de un douzième jusqu'à un sixième de grain, ou bien la poudre de noix vomique à la dose de un gramme par jour en trois doses, ou bien encore l'extrait à celle de 30 centigrammes aussi en trois fois dans la journée, et il trouvait que ces diverses préparations, additionnées d'un peu d'opium, faisaient bon effet dans la dysenterie quand elle était rebelle aux autres moyens ; il disait surtout qu'il voyait par son secours les envies d'aller à la selle diminuer, et les évacuations se modifier favorablement. Dans les diverses publications médicales de toutes les époques et de tous les pays, depuis ce temps, on voit de temps en temps des assertions de ce genre sans que la grande majorité des médecins soit tentée d'employer couramment un tel agent thérapeutique dans la dysenterie.

L'action excito-motrice de la noix vomique et de ses divers éléments sur les fibres lisses l'a depuis longues années fait employer contre les troubles dyspeptiques, et alors le médicament a été de ce chef introduit dans la thérapeutique de la dysenterie et de la diarrhée chronique à titre d'agent secondaire, d'adjuvant de la médication principale, etc.

Quelle opinion peut-on se faire sur cette question de la valeur de la noix vomique dans la dysenterie ? Ma foi, je répondrai que je n'ai jamais songé, pour ma part, à la possibilité de la faire entrer dans le traitement des flux de ventre aigus ; et que dans les flux de ventre chroniques, tout en reconnaissant qu'à la rigueur son action excito-motrice, qui l'a fait conseiller contre les troubles dyspeptiques gastro-intestinaux peut justifier son emploi, je ne lui ai jamais trouvé une efficacité telle

qu'il fallût la préférer à mille autres moyens plus utiles et moins dangereux.

Fraisier

Les feuilles de fraisier sauvage ont été préconisées comme toniques et astringentes dans la diarrhée chronique. D'autre part, un médecin américain, Blackburn, a conseillé dans le *Southern med. and surg. Journ.* la formule suivante : feuilles vertes de fraisier, 373 grammes; eau-de-vie, 1130 grammes ; faire bouillir jusqu'à réduction d'environ 370 grammes (37 centilitres), et donner une cuillerée à bouche de trois heures en trois heures jusqu'à amendement des symptômes de la dysenterie aiguë ou de la diarrhée cholériforme. N'est-ce pas à l'alcool seul qu'il faut rattacher les bons effets qu'il dit en avoir constatés ?

Aconit napel

L'aconit ne pouvait manquer d'être mis en usage contre la dysenterie, et dans les journaux du siècle dernier comme dans ceux de celui-ci, on trouve çà et là des observations plus ou moins probantes de son efficacité. J'en citerai un seul entre cent, c'est le travail de Marbot (*Bull. de thér.*, 1849), qui a préconisé cet aconit contre la dysenterie. Quand je servais en sous-ordre dans les hôpitaux de la marine, j'ai vu un de mes chefs essayer diverses préparations d'aconit, la teinture, l'extrait et l'alcoolature contre une prétendue épidémie que nous traversions, et pendant qu'il était émerveillé des bons résultats qu'il croyait obtenir, je ne voyais pour ma part qu'une illusion entretenue par l'excès de bonhomie de l'expérimentateur, j'allais dire par l'extrême désir de *faire neuf*, comme on dit. Ainsi et peut-être à cause de ces expériences suis-je porté à dénier toute efficacité antidysentérique spéciale à l'aconit. Sans doute on peut, dans certains cas, obtenir de bons effets dans une

atteinte aiguë où l'état fébrile est accentué avec un médicament antipyrétique, quel qu'il soit, et à ce titre on a pu constater des améliorations notables après l'usage de l'aconit ; mais remarquons que la vératrine, la digitale, les affusions froides, la quinine et mille autres moyens thérapeutiques qui n'ont pas la prétention de s'intituler antidysentériques auraient produit le même effet. Et je dirai plus, si dans l'immense majorité des cas portés à l'actif de nombre des médicaments de la catégorie actuelle, on pouvait retrancher ce qui appartient à la trop grande crédulité de l'expérimentateur, à l'influence du repos, du séjour dans l'hôpital, d'un peu de diète ou d'une alimentation plus légère que celle de la caserne, d'un grand bain, etc., on verrait que ce qui reste comme efficacité réellement antidysentérique se réduit absolument à rien du tout.

Arnica

L'arnica n'a pas seulement la prétention d'être le moyen infaillible de guérison de tous les coups, contusions, plaies contuses, dilacérées, simples, compliquées, etc., et cela soit en frictions, en fomentations, en applications topiques ou en ingestion par la bouche ; il réclame depuis longtemps des vertus antidysentériques que nombre de médecins, même célèbres, dirai-je, ont eu la faiblesse de lui laisser prendre même sous le couvert de leur autorité. C'est ainsi que Stoll considérait l'arnica comme spécifique dans la dysenterie. On sait qu'il n'employait pas indistinctement les fleurs ou la racine de cette plante ; suivant les cas, il croyait que les fleurs agissaient surtout sur l'estomac, et il les réservait pour les fièvres putrides, tandis qu'il donnait la racine dans la dysenterie.

C'est surtout dans la forme typhoïde putride, adynamique de la dysenterie, dans les cas de diarrhée purulente colliquative, dans les dévoiements chroniques avec complications

pulmonaires graves qu'il y recourait, et il croyait avoir obtenu de remarqua les succès dans des cas vraiment désespérés.

Si nous en croyons Stoll, la racine d'arnica agirait un peu comme celle d'ipéca, mais sans produire de vomissements, de sorte qu'elle aurait tous ses avantages sans en avoir les inconvénients. Stoll donnait la racine d'arnica jusqu'à 45 grammes par jour, par doses de 4 grammes toutes les deux heures.

Dans le courant du siècle dernier, on a prêté à l'arnica tant de vertus merveilleuses qui n'ont pas résisté à un examen moins enthousiaste, qu'on a le droit aujourd'hui d'être un peu sceptique à son endroit, et la réputation médicale de Stoll n'a rien gagné de la crédulité dont il a fait preuve à l'égard dudit médicament.

De nos jours, malgré des tentatives répétées, l'arnica tend à rester cantonné dans la thérapeutique et la pharmacologie des *bonnes gens* qui ne croient plus en Dieu et aux sortilèges, mais conservent encore une foi robuste dans mille talismans, pour qualifier les choses par le mot qui leur est réellement applicable ; et j'avoue, pour ma part, que cet engouement que j'ai vu avoir par le vulgaire pour ledit arnica dans les cas où il est manifestement inutile, m'a fait n'accepter en rien l'opinion de l'illustre Stoll à son endroit.

Chlorodyne

Je ne puis passer sous silence la célèbre chlorodyne, qui a fait tant de bruit dans le monde extra-médical, et qui a enrichi plus de commerçants qu'elle n'a guéri de malades, je crois. Je serai néanmoins aussi bref que possible. D'Ormay avait dans ses notes diverses formules de cette chlorodyne ; voici celle qui lui paraissait être celle de l'inventeur :

Chloroforme.	30 gr.
Éther sulfurique.	20
Acide perchlorique	30

Teinture de cannabis indica	20
Mélasse.	200
Teinture de capsium.	30
Morphine.	10
Acide prussique médicinal (2 p. 0/0). .	10
Huile essentielle de menthe poivrée. .	50

Faire dissoudre la morphine dans l'acide perchlorique, ajoutez : le reste, se donne à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme.

J'ai employé comme tout le monde la chlorodyne, pour me faire une opinion sur son compte, et je suis arrivé à penser qu'elle a sans doute une action sur le nombre et la liquidité des selles, mais elle ne fait que masquer la diarrhée sans la guérir ; aussi ai-je fini bientôt par la laisser de côté. On me permettra de ne pas m'étendre davantage sur ce médicament de la quatrième page des journaux politiques et commerciaux plus que des journaux médicaux, et dont je ne conseille l'emploi dans aucun cas, le regardant comme aussi impuissant que dangereux.

TISANES

Dans la plupart des maladies la question des tisanes est assez secondaire, à mon avis, mais cependant il en est quelques-unes dans lesquelles il n'est pas indifférent d'employer telle ou telle boisson ; la dysenterie est de ce nombre. Quelques médecins, et Zimmermann est de ce nombre, conseillent de donner d'abondantes tisanes aux dysentériques. D'autres prétendent, au contraire, qu'il faut les laisser le plus possible sur leur soif. De quel côté nous rangerons-nous? Eh bien ! comme très souvent, nous donnerons raison à tout le monde, disant que si dans la dysenterie aiguë à la période inflammatoire les abondantes ingestions émollientes et tempérantes sont capables de venir aider favorablement le traitement

général, dans la diarrhée chronique, par exemple, ou bien dans la dysenterie aiguë à la période de décroissance, la liquidité des selles est fâcheusement entretenue par de trop abondantes boissons qui délayent outre mesure le contenu du tube digestif.

Les boissons acides, émollientes, le thé, le café, la décoction blanche et cent autres ont été conseillées dans les flux de ventre. Nous entendons par boissons acides les limonades végétales, c'est bien entendu. Or nous avons dit que dans la période fébrile de la dysenterie aiguë elles peuvent faire bon effet; je ne les emploie néanmoins que très rarement et très modérément dans ce cas. Je n'en donne alors que par très petites gorgées, lorsque les malades en ont réellement besoin pour se *désempâter* la bouche, comme ils disent. Ce que je leur prescris plus volontiers c'est le lait coupé d'eau, sucré, et aromatisé avec de la fleur d'oranger, de la menthe ou de l'eau de laurier-cerise, car c'est un moyen d'étancher leur soif sans crainte que la boisson vienne contrarier l'action du traitement général.

Une des conditions assez importantes pour le bien-être des malades qui sont dans la triste situation des dysentériques aigus ou chroniques, est le changement de boisson ; telle est acceptée volontiers à un moment qui semble insupportable à un autre. J'alterne alors le lait avec du thé léger, du café noir peu chargé, de l'eau seulement aromatisée, de petits fragments de glace au besoin, de l'eau de Seltz, de Vichy ou de Vals, et du sirop de groseilles; j'accorderais volontiers maintes et maintes boissons, en refusant cependant énergiquement le vin et le cidre, en ne donnant de la bière coupée de beaucoup d'eau que très difficilement. Quant à l'alcool sous forme de grog très étendu d'eau, je préfère ne pas le prescrire, non qu'il ne pût être indifférent ainsi, mais parce que je craindrais qu'on ne se targuât de mon opinion quelque jour pour donner aux dysentériques des liqueurs alcooliques de plus en plus chargées. L'alcoolisme est trop fréquent et trop

funeste pour que je ne proscrive pas, autant que faire se peut, les alcooliques chez les malades.

Quelle quantité de tisane, boisson, etc. etc., peut-on donner aux dysentériques? Telle est la question qu'on pose souvent au médecin. J'y répondrai de la manière suivante : à la période fébrile, en faire prendre peu à la fois et souvent, de manière que la soif ne tourmente pas le sujet et que la sécheresse de la bouche ne soit pas une impression pénible constante. Dans les flux chroniques, il est utile de prendre aussi peu de liquide que possible dans l'intervalle des repas ; rester sur la soif est une bonne chose, on le comprend, et sans imposer un tourment au malade, il faut l'inviter à la retenue vis-à-vis des boissons. Dans la rectite, la question de la boisson est indifférente, puisque la maladie est toute locale; mais il vaut mieux, toutes choses égales d'ailleurs, liquéfier les aliments par d'abondantes ingestions de liquides aqueux pendant le repas ou par des lavements émollients que par l'usage abusif des boissons aromatiques, émollients, acides ou alcooliques dans le cours de la journée.

LAVEMENTS

Les lavements constituent un des grands moyens de traitement de la dysenterie, et quand on songe à la localisation des lésions dans le gros intestin si facilement accessible du côté de l'anus, on est porté à penser, à priori, qu'ils doivent, en effet, avoir une importance du premier ordre ; aussi n'est-on pas étonné d'apprendre que quelques praticiens les ont préconisés chaleureusement. Mais ici comme toujours, les détracteurs ne manquent pas.

Delioux, par exemple, s'attache dans son livre à montrer l'insuffisance de leur action et même l'impossibilité de leur emploi dans nombre de cas avec une insistance telle qu'on se sent

ébranlé quand on n'a pas une expérience personnelle suffisante sur leur compte ; heureusement que tout en méritant attention son opinion n'est pas de nature ici à entraîner l'opinion sans appel.

Delioux dit que chez les dysentériques les lavements suscitent de vives douleurs parfois et ne peuvent être conservés même un court instant dans bien des cas ; il croit pour eux à une hypéresthésie de la muqueuse intestinale qui se révolte au contact de toute matière étrangère, fût-ce de l'eau claire, et il parle aussi de la paralysie de l'intestin et surtout du sphincter qui s'oppose mécaniquement à la conservation des lavements chez nombre d'individus. Parlant de ces conditions qu'il analyse et rattache plus spécialement à la dysenterie des pays chauds, il y voit une preuve de la présence d'un élément spécifique dans la constitution morbide de la dysenterie, et après avoir jugé sévèrement la pratique de certains médecins, qui, comme le professeur Fouquier, de la faculté de Paris, et Hare, de Calcutta, ont préconisé les grands lavements répétés d'eau tiède dans la dysenterie aiguë, il dit que depuis longtemps il a renoncé à traiter par les lavements les dysenteries qui débutent, et que cette méthode des lavements est pour lui au nombre des *systèmes bizarres* qu'il a vu préconiser contre la dysenterie. Il profite même de l'occasion pour faire une sortie que le lecteur va apprécier d'ailleurs par la citation textuelle du passage de son livre :

« Eh bien ! j'en dirai comme de tous les systèmes bizarres, qu'on me pardonne le mot, sommaires et incomplets, que je vois préconiser contre la dysenterie, que s'il est permis de se livrer complaisamment à leur mise en œuvre dans les dysenteries sporadiques de nos climats, il ne l'est pas d'y perdre son temps et d'y compromettre sa responsabilité dans celles qui sévissent dans les régions équatoriales. Aux dysenteries sérieuses les

moyens sérieux ; on ne guérit pas celles-ci avec de l'eau claire, pas plus *intus* qu'*extra*, pour le dire en passant et repousser d'un seul coup dans l'espèce les prétentions de l'hydrothérapie. Quand une maladie a ses racines bien au delà du point où se produit sa localisation anatomique apparente, ce n'est pas avec de simples agents topiques que l'on en triomphe, et tout médicament qui n'attaque pas par quelque côté les lésions fondamentales et plus profondes qui constituent l'essence de la dysenterie n'est pas digne de se généraliser. » (*Loc. cit.*, p. 423.)

Voilà qui est catégorique, et cependant je dois ajouter que ceux qui, comme moi, ont suivi Delioux dans sa pratique ne peuvent s'empêcher de sourire ; car tout en s'élevant avec cette vigueur contre les lavements en général, il ne manquait pas de rappeler à toute occasion qu'il avait inventé un lavement iodé et un lavement au nitrate d'argent qu'il considérait comme *infaillibles* pour la guérison de la dysenterie chronique. N'est-ce pas la cause de sa mauvaise humeur touchant les autres lavements ?

Une des raisons que je puisse donner à l'appui de mon opinion, c'est qu'à la page 447 de son livre il dit, au contraire :

« Une remarque qui ne manque pas d'importance, c'est que les médicaments irritants introduits par l'anus et portés cependant d'une manière directe sur la muqueuse malade produisent souvent du bien, et ne font jamais autant de mal que des agents irritants introduits par l'estomac, lesquels n'arrivent que plus ou moins dilués jusqu'au gros intestin ou ne l'atteignent même pas. Je ne me charge pas de l'expliquer, mais c'est un fait : les lavements au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent, à l'alcoolé d'iode guérissent la dysenterie ; les purgatifs irritants énergiques l'empirent. »

Sans doute les lavements provoquent des douleurs chez les uns, ne peuvent être conservés chez d'autres ; mais quelle est la

médication qui peut se flatter d'être utile dans tous les cas et de n'être jamais contre-indiquée ? Aussi malgré l'opinion contraire de Delioux et de quelques autres contre le clystère, il n'en restera pas moins un des puissants moyens de traitement de la dysenterie.

Les lavements sont employés dans la dysenterie pour remplir des indications très différentes, aussi varient-ils sous maints rapports leur composition, leur volume, leur nombre, etc. On peut les ranger dans les catégories suivantes :

A. Calmants.	Lavements à eau pure.	
	id. émollients et narcotiques.	
B. Excitants.	Astringents végétaux	Purgatifs.
	id. minéraux	Détersifs.
		Caustiques.
C. Désinfectants.		
D. Nutritifs et toniques.		

Je ne défendrai pas plus cette classification que les autres que j'ai proposées touchant n'importe quel sujet, et je répéterai ici ce que j'ai dit tant de fois déjà : ces classifications ne sont qu'un moyen commode pour envisager séparément les divers détails d'une question. Aussi suis-je prêt à adopter toutes celles qu'on me propose dès que je leur trouve la moindre utilité, parce que je ne saurais oublier que cette utilité est toujours du second ordre. Par conséquent on me pardonnera les mots calmants et excitants, qui sont extrêmement discutables, je le sais.

Avant d'entrer dans l'étude des divers lavements je dois rappeler que, pour permettre leur maintien dans l'intestin, j'ai imaginé, il y a nombre d'années, un obturateur anal que j'ai présenté à l'Académie de médecine à sa séance du 8 mars 1870. Cet obturateur est en caoutchouc mou, il a la forme de deux sphères superposées, et on peut, en coiffant le doigt index avec l'instrument dégonflé, faire pénétrer la première sphère dans l'a-

nus au-dessus du sphincter, après avoir au préalable vidé le rectum des matières fécales qu'il peut contenir. Une fois l'instrument en place on le gonfle à l'aide d'une petite poire en caoutchouc, et comme les deux sphères communiquent l'une avec l'autre, elles représentent un bouchon très efficace dont la portion rétrécie est en rapport avec l'orifice anal et dont la portion gonflée dans le rectum empêche absolument le rejet de tout liquide intra-intestinal au dehors. L'instrument est muni d'un canal central fermé par un robinet ; la substance du lavement médicamenteux est introduite dans le rectum par ce canal, que ferme un robinet, et de cette manière on peut calculer d'une façon très précise la dose du médicament injecté et le temps pendant lequel il reste au contact de l'intestin. Ajoutons que lorsqu'on veut retirer l'obturateur anal il n'y a qu'à ouvrir le robinet qui emprisonnait l'air dans les deux sphères, et l'instrument, en se dégonflant, est expulsé de lui-même tout naturellement. Cet obturateur anal, qui permet d'employer les lavements médicamenteux avec une précision mathématique, se rend utile dans nombre de cas : accès pernicieux, choléra, fissures à l'anus, aliénation mentale, etc. etc. ; je l'emploie très couramment dans la dysenterie depuis douze années, et il m'a rendu souvent de grands services en me permettant de compter sur les lavements médicamenteux infiniment plus qu'on ne peut le faire en temps ordinaire, c'est-à-dire quand à chaque instant on ne sait si le liquide a été conservé et combien de temps il est resté au contact avec l'intestin.

A. LAVEMENTS CALMANTS

Nous avons à parler ici successivement : 1° des lavements à eau pure, tiède ou froide ; 2° des lavements émollients proprement dits, c'est-à-dire contenant des substances dites émollientes ; 3° les lavements narcotiques.

Lavements à eau pure

On a souvent prescrit dans le traitement des flux de ventre des lavements d'eau simple qui ont eu une action toute différente suivant qu'ils étaient chauds ou froids. Parmi les premiers, souvent un grand lavement d'eau tiède est un moyen déplétif de l'intestin qui précède l'emploi d'un lavement médicamenteux; il suffit de le dire pour que nous n'ayons pas besoin d'entrer dans de plus longues explications à ce sujet. Ces lavements, qui sont un véritable lavage préalable, sont aussi bien applicables à la dysenterie aiguë qu'aux flux de transition et aux flux chroniques.

Nous avons, à propos des lavements d'eau tiède pure, à parler d'une méthode préconisée par le professeur Fouquier, de Paris, et par Hare, de Calcutta, méthode mise maintes fois en pratique par nombre de praticiens et par moi-même avec des résultats souvent très heureux. Hare se servait d'une longue canule flexible pour être certain de faire dépasser au liquide l'S iliaque (*Bull. de thér.*, 1855, t. XLVIII); d'autres n'ont pas cru nécessaire de recourir à une telle précaution, qui d'ailleurs est à peu près inutile maintenant que la généralisation des irrigateurs éguisiers permet de donner au liquide une impulsion suffisante pour le faire arriver facilement dans le côlon.

Malgré ce qu'a pu en dire théoriquement Delioux, qui n'avait et ne pouvait avoir qu'une expérience extrêmement limitée pour le traitement de certains flux de ventre, vu qu'il n'a à peu près jamais soigné que des diarrhées et des dysenteries chroniques contre lesquelles, disons-le en passant, sa polypharmacie aussi aveugle que complexe n'avait pas grande efficacité, ces grands lavements d'eau pure tiède sont excellents dans un certain nombre de cas déterminés. Ainsi, par exemple,

il m'est arrivé cent fois de voir soit dans les colonies, soit dans le midi de la France, de voir, dis-je, entrer à l'hôpital un homme fort, vigoureux, athlétique, bien portant jusque-là, qui venait d'être pris presque subitement d'une débâcle bilieuse à laquelle avait succédé en quelques heures une véritable dysenterie inflammatoire, sanguine et fébrile. Un ou deux grands bains tièdes prolongés dans la journée ; avant et après le bain une ou deux grandes irrigations intestinales, abondants lavements rendus aussitôt après avoir été pris et renouvelés volontiers ; puis une large flanelle imbibée d'eau tiède et recouverte de toile imperméable sur le ventre, et le lendemain matin j'étais tout content de voir cet appareil morbide si inquiétant de la veille dissipé presque par enchantement, sinon tout entier, au moins dans la plus grande partie.

Je comprends que c'est là une médication complexe dans laquelle il ne faut pas attribuer tout le mérite au lavement ; mais cependant on ne saurait lui en refuser une bonne part, car dans plusieurs cas moins accentués et où à la suite de selles bilieuses la véritable dysenterie sanguine s'accentuait, j'ai vu la guérison survenir uniquement sous l'influence de ces grands lavements aqueux. Qu'on ne se méprenne pas cependant sur ce que je dis ici ; loin de moi la pensée de dire qu'ils seront toujours suffisants : trop souvent, hélas ! il faut une médication autrement plus énergique. Mais cependant ce que je veux faire bien remarquer c'est que, dans nombre de cas, ces simples lavements abondants et répétés ont rendu un grand service dans la dysenterie aiguë au début et avant que les ulcérations intestinales aient eu le temps de se produire et de se creuser. D'ailleurs il est facile de se rendre compte de l'action de ces lavements d'après ce que j'ai dit jusqu'ici de la pathogénie de la dysenterie : on comprend que dans certains cas, lorsque la bile vient d'irriter l'intestin et que la muqueuse n'est que faiblement irritée çà et là par une

action topique corrosive, le lavage répété de cette muqueuse avec de l'eau tiède agisse très heureusement en permettant à l'épithélium de se reformer tandis que l'hyperhémie diminue : *Sublatâ causâ tollitur effectus.*

Lavements émollients et narcotiques

Il faut rapprocher des précédents les lavements émollients et narcotiques, qui ont souvent été considérés comme plus efficaces, et qu'on a employés ainsi que je viens de le dire pour les simples lavements à eau chaude à titre de lavage. Ces lavements émollients et narcotiques ont aussi été employés soit dans la dysenterie aiguë, soit dans les flux de transition, soit dans les flux chroniques, pour produire des effets qui sont réellement utiles. 1° Dans la dysenterie aiguë ils ont paru dans nombre de cas calmer l'éréthisme, la douleur, les coliques, le ténesme ; 2° dans les flux de transition, outre le lavage local, ils ont tendu à rendre mécaniquement les selles molles, ce qui est d'une importance très grande, car cette action topique des selles dures est souvent un des plus grands obstacles à la guérison ; 3° dans les flux chroniques ils ont servi au lavage comme ils se sont rendus utiles contre l'élément douleur, etc. etc.

En nous occupant de ces lavements émollients et narcotiques, nous avons à nous poser deux questions : 1° Quelles sont les substances qui entrent dans leur composition ? 2° Quelle est la quantité de liquide qu'il faut injecter dans l'intestin ? et ce que nous dirons à propos de cette seconde question sera applicable non seulement à ces lavements émollients, mais encore à toutes les injections intestinales.

Le laudanum, l'opium, la belladone, les solanées, l'amidon, etc. etc., ont été les substances employées pour rendre les lavements émollients. Delioux s'est élevé avec raison contre l'habi-

tude que l'on a de prescrire l'infusion de têtes de pavot quand on veut donner un lavement calmant. La tête de pavot ne contenant pas une proportion toujours égale d'opium, ou se trouve placé entre les deux dangers d'administrer une substance insuffisamment narcotique, ou, au contraire, de dépasser trop largement la dose d'agent actif que l'on désirait employer ; je suis absolument de son avis.

Quant à ce qui est de la quantité de liquide, il faut se souvenir qu'à moins de cas exceptionnels un lavement de 750 grammes est rendu peu après son injection, car il distend trop l'intestin pour ne pas provoquer rapidement un pressant besoin d'expulsion. Un lavement de 250 grammes se conserve facilement en général pendant plusieurs heures, et un de 100 grammes peut très bien ne pas être rendu. Sans doute, il y a des dispositions individuelles différentes, mais on peut se tenir à ces chiffres comme moyenne. N'oublions pas d'ajouter que celui qui voudra être prudent ne donnera, dans la dysenterie quelque peu avancée et durant depuis quelques semaines, que des lavements de 500 grammes à la fois, quitte à les renouveler de demi-heure en demi-heure s'il veut obtenir leur expulsion. En introduisant une plus grande quantité d'un coup, il pourrait distendre trop fortement l'intestin, dont les ulcérations sont assez profondes au bout de quelques semaines de maladie pour constituer une menace d'accident.

B. LAVEMENTS EXCITANTS

Ceux-ci sont partagés en deux grandes catégories : *A.* Les resserrants végétaux ; *B.* Les resserrants minéraux. Comme précédemment, je sais que la classification est extrêmement discutable ; mais je ne m'arrêterai pas à la défendre, pour les raisons que j'ai si souvent données.

Astringents végétaux

Les lavements astringents végétaux préconisés contre les flux de ventre sont assez nombreux. Depuis le quinquina, l'écorce de chêne, les mille substances astringentes végétales connues, jusqu'à la rose rouge, il y a une longue gamme de substances dont le tannin fait tous les frais thérapeutiques à mon avis; par conséquent, elles peuvent parfaitement, le plus souvent, être suppléées les unes par les autres sans aucun inconvénient comme sans aucun avantage.

Je ne m'attarderai pas à donner des formules : décoction de quinquina, d'écorce de chêne, de camomille, ratanhia, colombo, tolu, etc. etc.; c'est toujours la même chose pour moi, car je ne crois pas plus à l'action spéciale du lavement au quinquina qu'à celle de la camomille.

Comment agissent ces lavements astringents végétaux? Il est facile de répondre en disant que c'est par leur tannin qu'ils se rendent utiles, c'est par l'astriction, le tannage des surfaces, et du même coup nous voyons que leur emploi paraît à priori contre-indiqué dans le cas où il y a, soit une inflammation aiguë, soit une irritation à n'importe quel degré. Sans doute, on a pu obtenir de bons résultats parfois par une sorte d'action abortive de l'inflammation ; mais je considère ce jeu comme trop dangereux pour me résoudre jamais à le jouer, et je suis d'avis de n'employer ces lavements astringents dans les flux aigus que tout à fait à la fin, lorsque la convalescence est largement affirmée; or alors, on en conviendra, il ne vaut pas la peine, le plus souvent, de les employer, car la guérison peut être obtenue sans eux, aussi bien et aussi vite.

Dans la rectite, souvent je ne les conseille pas, à cause de leur action constipante qui va faire passer sur les ulcérations des fécès durcis, qui irriteront ou déchireront des cicatrices;

aussi, quoique me servant souvent du tannin en poudre, en suppositoire ou en solution pour toucher topiquement ces ulcérations, je crois que les lavements astringents végétaux ne sont pas souvent utiles. Lorsque cependant on croit devoir les employer, il faut surveiller l'état des selles et les cesser dès que les fécès sont trop solides ; il est vrai qu'alors, avec quelques doses de sulfate de soude, on peut les amollir convenablement.

Quant aux flux chroniques, ces lavements astringents végétaux constituent une bonne médication moins énergique, toutes choses égales d'ailleurs, que les lavements à astringents minéraux. Mais ne nous y trompons pas, elle est tout à fait secondaire, et n'est pas meilleure qu'un grand nombre d'autres. Bien plus, il ne faut pas oublier que souvent l'application intempestive des liquides tanniques sur les surfaces ulcérées, quelles qu'elles soient, provoque une irritation qui peut faire renaître une inflammation locale, de sorte que, dans plus d'un cas, il est à craindre que ces lavements astringents végétaux ne fassent autant et plus de mal que de bien.

En somme, terminons ce qui les touche en disant que ce sont des moyens à essayer quelquefois quand on veut tâter la susceptibilité du sujet ou quand les autres n'ont pas réussi, et alors, ne l'oublions pas, dans la plus grande majorité des cas, ils ne réussissent pas mieux que ces autres.

Astringents minéraux

Nous avons dit précédemment qu'ils se partagent en trois sous-catégories : les purgatifs, les détersifs, les caustiques. Disons un mot de chacun d'eux.

Lavements purgatifs

Il peut paraître irrationnel de prime abord de parler des lavements purgatifs dans la dysenterie, et cependant c'est un puissant moyen de traitement, trop délaissé à mon avis, car j'en ai obtenu les meilleurs résultats. En effet, soit dans la dysenterie aiguë depuis l'état le plus léger jusqu'au plus grave, dans la dysenterie et surtout dans la diarrhée chronique, j'ai vu le plus souvent ces lavements faire un tel bon effet que je suis arrivé à les envisager de l'œil le plus bienveillant.

C'est le sulfate de soude ou le sulfate de magnésie qui entrent dans la composition de ces lavements purgatifs ; je n'y joins pas pour ma part l'infusion de séné, qui agit trop sur la contractilité des fibres musculaires, tandis que les sels neutres portent en leur qualité d'agents dialytiques sur la sécrétion de l'intestin. Je fais varier la dose de sel neutre de 20 à 30 grammes pour 120 à 200 grammes d'eau, et le lavement est donné tiède après un lavement émollient, assez souvent de manière que le liquide médicamenteux se trouve au contact de surfaces bien débarrassées de matières fécales. Ces lavements purgatifs sont donnés en général deux fois par jour matin et soir ; quelquefois, lorsqu'ils provoquent des coliques, je leur fais adjoindre cinq, dix ou vingt gouttes de laudanum, mais c'est l'exception.

J'ai essayé diverses substances purgatives, et même soit la poudre d'ipéca, soit l'infusion d'ipéca, pour suppléer les sels neutres, et j'ai trouvé en définitive que ces sels neutres sont infiniment supérieurs. D'ailleurs, je dois dire que l'opinion que je me fais, et de la nature de la maladie, et de l'action des médicaments, me portait à priori à penser que ces sels neutres valent absolument mieux.

J'ai nombre de fois fait l'expérience suivante : un individu est pris de diarrhée légère, je ne lui donne aucun médicament le

premier jour, et je lui fais garder la diète, ou au moins je ne lui donne qu'une soupe légère avec du bouillon dégraissé; le lendemain, je prescris deux lavements purgatifs, et en continuant ainsi, le quatrième jour après son entrée, il a des selles moulées le plus souvent. On m'objectera que dans ce cas le repos, la diminution d'aliments, etc. etc., ont fait tous les frais de la cure; non, car à côté du malade chez lequel j'ai fait cette expérience, j'en ai mis souvent un autre qui ne recevait pas de lavement et dont la guérison ne survenait pas aussi vite et aussi bien.

Dans la dysenterie aiguë légère au début, ces lavements purgatifs ne font pas mal le plus souvent, mais cependant je leur préfère les lavements seulement aqueux, et ce n'est que lorsque l'état irritatif est très amendé déjà, lorsque les sels neutres ou l'ipéca donnés par la bouche ont déjà amené une détente sensible, que ces lavements purgatifs me semblent venir agir comme dans le cas précédent en hâtant sensiblement la guérison.

Si, dans la dysenterie légère, je trouve que les lavements purgatifs ne sont pas indiqués au début, à cause de l'état irritatif des parties, à fortiori dans la dysenterie moyenne et grave, je ne les mets pas en œuvre à cette période du début. Dans cette dysenterie grave, les lavements émollients et narcotiques même provoquent parfois des coliques plus ou moins violentes, et sont même contre-indiqués à cause de ces coliques, à fortiori, on le comprend, des lavements aussi irritants, topiques que ceux qui purgent par dialyse. Ce n'est que lorsque la maladie, très bien amendée déjà par les médicaments ingérés par la bouche, marche vers la guérison, et est arrivée à une période où l'état anflammatoire a cessé ou l'état irritatif disparaît, que les lavements purgatifs peuvent donner de bons résultats.

Dans la rectite, je ne crois pas que ces lavements purgatifs

assent mal, et je les emploie aussi pour deux raisons, la première, c'est qu'ils tendent en leur qualité de lavement à amollir les selles ; la seconde, qu'ils modifient topiquement les ulcérations rectales. Mais cependant il arrive souvent que je suis obligé de ne plus les employer après très peu de jours, parce qn'ils tendent, au contraire, à durcir les fécès, et alors je leur substitue les lavements à l'eau pure, qui n'ont pas cet inconvénient, et qui lavent encore assez bien les ulcérations dans l'intervalle des pansements.

Dans la dysenterie chronique, je me trouve très bien de ces lavements purgatifs qui agissent comme détersifs des ulcérations intestinales, et je les emploie très volontiers deux ou trois fois par jour pendant des semaines. Je dirai la même chose pour la diarrhée chronique, où ces quarts de lavements avec 20 grammes de sulfate de soude donnés deux, trois et même quatre fois par jour me paraissant un des puissants agents de l'amélioration.

En résumé, on le voit, l'état inflammatoire de l'intestin me paraît contre-indiquer les lavements purgatifs ; mais dès qu'il cesse, je les emploie très volontiers, et avec grande persistance. Comment agissent-ils ? C'est autant et plus, à mon avis, comme agents de détersion des surfaces malades que comme purgatifs proprement dits, et à ce titre ce sont des médicaments topiques et de pansement, à vrai dire, plus que des médicaments évacuants.

Lavements détersifs

Dans cette catégorie nous rangerons une série de lavements très voisins, quant à l'action, des lavements astringents végétaux, et destinés, comme leur nom l'indique, à déterger les surfaces intestinales plus ou moins irritées. Nous avons vu tantôt que je prête au sulfate de soude une action très

analogue aussi, de sorte qu'en somme ces divisions sont très arbitraires et pourraient être négligées sans grand inconvénient.

Nous rangerons parmi les lavements détersifs ceux dans lesquels on fait entrer l'acétate de plomb (4 à 15 grammes de sous-acétate de plomb liquide pour 250 grammes d'eau); — l'alun (1 à 4 grammes pour la même quantité); le sulfate de cuivre, l'iode, le sulfate de zinc, le perchlorure de fer, etc. etc On comprend que nous pourrions énumérer ici un grand nombre de substances, mais ce serait sans utilité, car nous n'apprendrions rien à personne.

Puisque nous venons de parler du lavement au perchlorure de fer, disons que ce qui va suivre ne s'applique pas aux cas où on veut lutter contre une hémorrhagie intestinale par une injection intestinale de ce médicament; nous dirons un mot de cette occurrence en parlant des lavements caustiques.

Rappelons d'abord que, pour favoriser l'action de ces lavements détersifs, on donne généralement un grand lavement émollient, véritable irrigation intestinale, destinée à débarrasser par lavage la surface de la muqueuse J'ajouterai ensuite, touchant les lavements à l'acétate de plomb, que pour ma part j'ai une répulsion très grande pour les médicaments à base plombique, pour la raison qu'ils peuvent entraîner l'intoxication saturnine, et dès le moment qu'on redoute cette intoxication au point de surveiller dans l'hygiène publique ou privée tout ce qui peut y exposer, je trouve qu'il est illogique d'employer des préparations plombiques en thérapeutique.

Tout au plus, l'usage d'un médicament comme le plomb serait justifié, si son action ne pouvait être suppléée par aucun autre, et, on en conviendra, ce n'est certainement pas le cas pour les diverses préparations saturnines de la matière médicale.

L'alun n'a pas l'inconvénient d'exposer à l'intoxication saturnine. Aussi on a conseillé ces lavements alunés, parce

qu'ils ont une action astringente bien accentuée, sans présenter les dangers de l'acétate de plomb; Mialhe a fait remarquer, il est vrai, que plus on augmente les doses d'alun moins il est astringent, de sorte qu'il faut avoir soin d'après lui de ne pas dépasser 4 grammes d'alun pour 250 grammes d'eau. D'autre part, on a reproché à l'alun d'irriter souvent la muqueuse intestinale, et de réveiller les épreintes, le ténesme, de faire reparaître l'inflammation, en un mot. Pour ma part cependant j'ai eu à me louer des lavements alunés à 1 et 2 grammes pour 120 grammes dans la rectite et la diarrhée chronique, mais à condition qu'il n'y eût pas d'irritation préalable de l'intestin.

On a substitué le sulfate de zinc à l'alun, et même on a employé le sulfate de cuivre, qui, à la dose de 1 gramme pour 250 grammes, est déjà un puissant détersif, presque un cathérétique. Trousseau recommandait de les réitérer deux ou trois fois par jour, et de les faire garder le plus possible; il espérar produire ainsi une véritable substitution irritative sur les ulcérations. Mais entendons-nous bien, ils ne sont de mise que dans la rectite et dans les flux chroniques exempts de trop d'irritation des tissus.

On a conseillé les lavements au perchlorure de fer dans le même but (5 à 20 grammes de perchlorure de fer liquide, à 30°, pour 250 grammes d'eau).

Nous allons maintenant nous occuper des lavements iodés, Disons tout d'abord que c'est à Delioux qu'il faut en rapporter l'idée : un médecin allemand, ici comme toujours, a cherché à se l'approprier, mais justice est faite depuis longtemps. La formule de Delioux est la suivante : teinture alcoolique d'iode, 5 à 20 gr.; iodure de potassium, 50 centig. à 1 gr.; eau distillée 200 à 250 gr.; on commence par la dose de 5 grammes, pour tâter la susceptibilité du sujet, et on monte ultérieurement,

peu à peu. Il faut d'abord laver l'intestin à l'aide d'un grand lavement émollient.

Il arrive parfois que le lavement iodé provoque de vives douleurs, et, dans ce cas, il est inutile de chercher à le faire conserver, même quelques minutes, sinon il faut recommander au malade de le garder autant qu'il peut.

Delioux tenait un lavement laudanisé à portée pour calmer les douleurs, si besoin était; mais il dit que, le plus souvent, ce lavement n'a pas été nécessaire. Dans les rares cas, au contraire, où ce lavement laudanisé était insuffisant, Delioux faisait placer le malade dans un bain de siège.

Delioux recommandait de mettre deux ou trois jours d'intervalle entre les lavements iodés, de peur de trop irriter l'intestin, qui subit, il ne faut pas le méconnaître, une certaine agression dans cette injection, dépassant souvent la limite de la détersion pour atteindre celle de la cautérisation proprement dite.

C'est dans la dysenterie chronique que Delioux employait le plus volontiers les lavements iodés, car, bien qu'il les ait préconisés contre la forme aiguë de la maladie, il a eu bien soin de spécifier que ces lavements iodés sont contre-indiqués pendant la période d'irritation. Ils pourraient alors avoir les inconvénients des astringents et de l'opium employés hâtivement, c'est-à-dire provoquer des métastases ou des accidents pires que la maladie primitive. Pour ma part je les proscris d'une manière absolue non seulement dans tous les cas aigus sans exception, mais encore dans les cas chroniques quand il y a la moindre apparence d'irritation.

Delioux appelait l'attention sur la transformation presque immédiate des évacuations alvines, qui se produit sous l'influence des lavements iodés, et qu'il n'appréciait pas à sa juste valeur, ne connaissant pas encore les particularités de la rectite dysentérique, et ne sachant pas, par conséquent, la valeur

des scybales qui se montrent parfois au milieu d'excrétions dysentériques dans ces cas. Aujourd'hui, nous pouvons interpréter la présence de ces scybales, à la suite du lavement iodé, par la contraction des fibres musculaires de l'intestin sous l'influence de l'irritation plus vive que produit le lavement iodé.

Aran employa, paraît-il, avec succès les lavements iodés contre la diarrhée prémonitoire du choléra, contre la diarrhée qui succède parfois au choléra, et même contre le choléra confirmé, à sa période d'activité primitive. Notre savant prédécesseur à la Martinique, M. Chapuis, obtint de très bons effets des lavements iodés dans le traitement de la dysenterie chronique. (*Gaz. méd.*, 1853, p. 734.) Mais remarquons que tout ceci se passait au moment où lesdits lavements iodés étaient inventés et que depuis les succès ont été moins accentués aux yeux des expérimentateurs.

Pour ma part, ai-je dit, je repousse le lavement iodé dans tout état aigu, quel qu'il soit. Je crois qu'on peut obtenir avec lui de bons effets dans la dysenterie chronique; mais, ne nous y trompons pas, la découverte de la rectite a diminué notablement le nombre des cas de dysenterie chronique proprement dite dans lesquels le lavement iodé peut produire de bons effets; et je crois que ces lavements iodés resteront toujours à l'état de moyen exceptionnel, c'est-à-dire rarement mis en usage. C'est qu'en effet je les ai essayés comme tant d'autres, et ne leur ai pas trouvé une efficacité tellement spéciale, tellement incontestable qu'il faille fonder sur leur emploi de bien grandes espérances.

Les lavements astringents minéraux sont, en général, plus actifs que les astringents végétaux; avec le sulfate de cuivre, l'iode, le perchlorure de fer, par exemple, on peut obtenir tous les effets de l'astriction, depuis la simple détersion légère, l'ex-

citation modérée, jusqu'à la cautérisation même profonde ; aussi faut-il être très réservé sur les doses, et pour ma part, j'ai non seulement employé des doses moins élevées que celles qu'on voit indiquées dans les formulaires comme moyennes, mais encore j'ai, le plus souvent, tâté avec attention au préalable. la susceptibilité des malades.

Dans quelles conditions ces lavements détersifs sont-ils indiqués? Nous éliminons d'abord la diarrhée aiguë, où ils n'auraient que faire ; la dysenterie aiguë aussi tant qu'il y a la moindre tendance à l'irritation même. Je ne parle pas, qu'on le remarque bien, d'inflammation, qui bien à fortiori les proscrirait. Ce n'est que lorsque cette dysenterie aiguë est très amendée, et que la guérison semble prochaine et se fait un peu attendre, qu'on pourrait employer les plus bénins d'entre eux, et encore, pour ma part, je n'en ai jamais constaté l'obligation. Les lavements au sulfatede soude m'ont toujours paru suffisants. C'est à peine si dans les cas très rebelles et à la fin j'ai été obligé d'arriver aux lavements au tannin (2 gr.) ou à l'alun (2 gr.), à fortiori ceux, comme le lavement iodé, qui ont une action topique très forte ne m'ont pas semblé nécessaires.

Dans la rectite, ils peuvent rendre quelques services, mais n'oublions pas de dire que lorsqu'on peut aller toucher topiquement les ulcérations, on fait d'infiniment meilleure thérapeutique. Néanmoins il faut convenir que, dans maintes circonstances, ils se rendent utiles contre elle.

Dans la dysenterie chronique, alors qu'il y a de véritables ulcères dans l'intestin, on peut obtenir quelques bons effets de ces lavements ; la chose se comprend si bien qu'on n'a pas besoin de le dire longuement, mais il faut être bien prévenu que malheureusement la guérison est difficile, chanceuse, fragile, avec ces moyens comme avec tous les autres.

Enfin je terminerai en disant que dans la diarrhée chronique

je ne les ai pas trouvés utiles, le plus souvent, les lavements au sulfate de soude, à la rigueur les lavements au tannin ou à l'alun m'ayant à peu près toujours paru suffisants combinés au traitement général lacté.

Lavements caustiques

Les lavements caustiques sont ordinairement à base ou de nitrate d'argent ou de perchlorure de fer. Les derniers sont employés le plus souvent à titre d'agent hémostatique, et on injecte alors de 20 à 30 grammes de perchlorure de fer liquide à 30° dans 250 grammes d'eau. On pourrait peut-être augmenter un peu la dose, arriver à 35 ou 40 grammes de perchlorure de fer. Mais je n'oserais le conseiller qu'avec la recommandation expresse de tâter au préalable la susceptibilité du sujet, et je vois tout bénéfice à essayer d'abord de la dose de 10 grammes, montant peu à peu en quelques instants à des doses plus élevées suivant le besoin.

Dans ces cas, le seul inconvénient qu'il y a, c'est d'user un peu plus de médicament, et, on en conviendra, cet inconvénient est infiniment minime.

Les lavements au nitrate d'argent ont été préconisés par Trousseau il y a une trentaine d'années, et ils ont été mis en œuvre dans deux conditions bien différentes. C'est ainsi, en effet, qu'on les a appliqués à la dysenterie chronique à titre d'agent caustique détersif, et à la dysenterie aiguë comme caustique abortif, comme on les avait employés, par exemple, dans les flux uréthraux ou conjonctivaux qui commencent. Nous avons donc besoin de parler séparément des deux cas.

Delioux est le promoteur de l'emploi du nitrate d'argen dans la dysenterie chronique, et il avait, au sujet de l'emploi du médicament dans ces cas, des idées spéciales qu'il

est bon d'indiquer. Voici d'ailleurs textuellement le passage de son livre qui les expose (p. 437) :

« Si l'on verse dans une dissolution d'albumine une certaine quantité d'une dissolution d'azotate d'argent, il se forme un précipité; mais si l'on ajoute un excès d'albumine, le précipité se redissout, le mélange s'éclaircit d'autant plus que l'on emploie la dissolution albumineuse en proportion plus considérable, de sorte que l'on peut employer le nitrate d'argent en dissolution dans l'eau albumineuse, non seulement sans décomposer ce sel, mais en obtenant une combinaison de ce sel avec l'albumine, combinaison soluble, absorbable, et non irritante comme l'est l'azotate d'argent dissous simplement dans l'eau distillée.

« D'un autre côté, on sait que le chlorure de sodium, comme tous les chlorures, précipite l'azotate d'argent; mais en présence de l'albumine, cette précipitation n'a point lieu. Il y a plus : si à une dissolution d'azotate d'argent dans l'eau albumineuse, on ajoute une dissolution chlorurée, la liqueur s'éclaircit au lieu de se troubler, le chlorure de sodium, loin de précipiter dans ce cas l'azotate d'argent et de le décomposer en formant un chlorure insoluble, facilite la dissolution du sel d'argent dans l'albumine et semble favoriser la combinaison de ces deux substances en y prenant part peut-être.

« Toutefois, d'après Lassaigne, dont mes expériences ont confirmé les travaux antérieurs, il ne se formerait dans ce cas qu'une combinaison double d'azotate d'argent et d'albumine. Ce n'est donc pas du tout une décomposition, comme le faisait craindre Valleix, en rendant compte de ma formule, et je la crois chimiquement inattaquable.

« Le plus important est de savoir si elle a une valeur thérapeutique réelle. Pour moi, après plusieurs années d'épreuve,

cela ne fait pas l'ombre d'un doute; c'est même plutôt empiriquement que par le raisonnement que je suis arrivé à en admettre l'efficacité; car, je ne m'explique pas, je l'avoue, les résultats très remarquables que les lavements albumino-argentiques produisent dans la plupart des cas. Ils ne sont nullement irritants, ai-je dit, leur action est même des plus douces; ils ne produisent pas de coliques, ils les calment, au contraire; ils sont tolérés par les malades, gardés indéfiniment parfois, et il est très présumable qu'alors ils sont absorbés. Ils agissent plutôt dynamiquement que topiquement. L'argent aurait-il une influence spéciale sur les conditions essentielles de la dysenterie? Toujours est-il que, administré d'après ma méthode, il modifie sensiblement la nature des évacuations, et surtout il les diminue et les arrête parfois d'une manière très remarquable. Les lavements albumino-argentiques n'opèrent pas aussi bien à la période où les évacuations dysentériques ont leurs caractères spécifiques qu'à celle où une diarrhée persistante accompagnée de coliques prolonge la maladie. A ce dernier moment ils lient, ils épaississent les matières alvines, éloignent puis suspendent les selles; ils produisent des effets analogues dans la dysenterie chronique, où ils changent le mauvais caractère des évacuations et les rendent moins fréquentes.

« Le lavement albumineux à l'azotate d'argent se prépare de la manière suivante : on fait dissoudre un ou deux blancs d'œufs dans 200 grammes d'eau distillée, on filtre à travers un linge, on prépare d'un autre côté deux dissolutions concentrées dans l'eau distillée, l'une de 50 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé, l'autre de 50 centigrammes de chlorure de sodium (sel marin). Cela fait, on verse simultanément les deux dissolutions salines dans l'eau albumineuse,

et on agite vivement le mélange avec une baguette de verre.

« Chimiquement et thérapeutiquement, la préparation réussit mieux quand on emploie le chlorure de sodium, quoiqu'il ne soit pas absolument nécessaire à l'association du sel d'argent avec l'albumine. J'ai donné les doses que j'emploie ordinairement, mais on peut porter ainsi l'azotate d'argent jusqu'à un gramme, toujours avec le chlorure alcalin en même proportion; en élevant la dose des sels il faut aussi doubler celle de l'albumine.

« La solution albumino-argentique chlorurée ne doit être préparée qu'au moment d'être administrée, parce que la réduction de l'oxyde d'argent s'effectue avec une grande promptitude au double contact de la lumière et de la matière organique, et plus on attendrait, plus la solution se colorerait en noir en déposant de l'argent métallique et en perdant ainsi de son activité thérapeutique.

« Enfin, cette solution n'est réduite qu'avec une grande lenteur et jamais complètement par les lames métalliques, de sorte que l'étain de la seringue n'exerce sur elle aucune action décomposante. » (Delioux, p. 440.)

La pratique de Delioux a été employée d'abord. Mais peu à peu on s'est demandé s'il était bien utile de faire ce chloro-albuminate d'argent dans la seringue, et on est arrivé à se servir simplement d'une solution de nitrate d'argent dans l'eau disillée, cautérisant la muqueuse intestinale d'une manière absolument identique à celle qu'on met en œuvre, soit pour la conjonctive, soit pour l'urèthre, soit pour les plaies et les ulcères cutanés. Dans ces conditions, le lavement argentique est un bon moyen topique secondaire.

Delioux avait, on le voit, songé aux lavements de nitrate d'argent pour la dysenterie chronique, et préoccupé de la crainte

d'irriter trop vivement la muqueuse, il avait voulu en atténuer l'action topique le plus possible. Je n'insisterai pas longuement sur ce point pour montrer que c'est encore une des nombreuses inconséquences de ce praticien, si bien intentionné et si mal inspiré le plus souvent, car peut-on être arrêté par la crainte de l'irritation que produira le nitrate d'argent, quand on ne l'est pas vis-à-vis de l'iode ? Mais passons.

Après Delioux on employa, ai-je dit, la solution aqueuse de nitrate d'argent, toute simple, et peu à peu on arriva à mettre le nitrate d'argent en usage dans la dysenterie aiguë, comme l'avait conseillé Trousseau, par une sorte de méthode abortive analogue à celle qui a été employée dans la conjonctivite purulente, l'uréthrite et la vaginite au début. De nombreuses observations ont été fournies dans cet ordre d'idées, et plus d'un praticien réclame la priorité de la pratique. Ces petites disputes émanant d'un gros amour-propre ne m'arrêteront pas ici ; après avoir rendu hommage à notre illustre maître Trousseau, je préfère m'occuper d'une question autrement plus importante : celle de la valeur réelle de la méthode.

D'abord peut-on arrêter d'emblée une dysenterie aiguë à l'aide d'un ou de plusieurs lavements caustiques au nitrate d'argent? Oui et non. Si on a affaire à une atteinte bénigne de peu d'importance, prise tout à fait au début, on pourra, dans nombre de cas, obtenir ici ce qui est obtenu dans les flux conjonctivaux et uréthraux ; mais, pour peu que l'affection soit sérieuse, profonde, dure depuis quelques jours, c'est en vain, j'en suis persuadé, qu'on tenterait pareille chance, on n'arriverait pas au but cherché. Par conséquent, on voit par ce que je dis là que des observateurs de très bonne foi ont pu croire qu'ils jugulaient et faisaient avorter ainsi la dysenterie ; mais nous voyons dans quelle limite leur opinion peut être acceptée.

On se demandera incidemment si l'action abortive du lave-

ment au nitrate d'argent ne peut pas être un danger, car depuis longtemps on a parlé des inconvénients qu'il y a à arrêter un flux de ventre. Qu'on ne s'effraye pas sans raison ; d'abord, pour les flux de ventre aigus, le nitrate d'argent n'arrêtera spontanément que ceux qui sont assez bénins pour ne pas présenter un danger sérieux de répercussion. Quant aux flux chroniques, je ne crois pas que ces lavements seuls les arrêtent facilement et vite, pour peu qu'ils soient profondément établis dans l'intestin.

Si dans quelques cas, la méthode peut réussir à arrêter la maladie dès le début, n'est-elle pas digne de tous nos éloges? Hélas ! non, et voyons un peu, avant de nous engouer d'elle, les cas dans lesquels elle a réussi. Ce sont, ai-je dit, les atteintes bénignes, et tout à fait au début, qui ont été ainsi arrêtées. Or, si on s'en souvient, j'ai dit qu'avec de grands bains et de larges irrigations d'eau tiède, on guérit très bien parfois et on voit se dissiper comme par enchantement des états qui avaient un aspect très sévère de prime abord. Et pour dire toute ma pensée, j'ajouterai que ces cas où le nitrate d'argent a fait avorter la maladie rentrent dans cette catégorie.

Ce n'est pas le nitrate d'argent seul et par une action spécifique qui doive en tirer vanité ; l'eau chaude, le repos, la détente que procure un grand bain ; tel autre caustique léger, mis en œuvre, arriverait au même résultat sans plus et sans moins d'inconvénients ou d'avantages. Aussi, que tel praticien obtienne la guérison à l'aide du nitrate d'argent, que tel autre y arrive par les lavements purgatifs, les grands bains, etc. etc., il faut applaudir, sans espérer qu'on a trouvé pour cela le traitement efficace absolu de la dysenterie.

Dans la dysenterie aiguë, les lavements au nitrate d'argent, même alors qu'ils n'agissent pas comme abortifs, donnent-ils d'assez bons résultats pour mériter d'être substitués à toute autre médication? Je réponds résolument non, et d'abord,

je fais remarquer qu'ils ne sauraient avoir la prétention d'être le seul moyen de traitement. Ils ne peuvent entrer en ligne que comme agents du second ordre, en vertu de leur action topique, et dans ces conditions, ils n'ont peut-être pas plus d'inconvénients, mais pas plus d'avantages non plus. Je crois que, comme les lavements purgatifs, détersifs et très doucement désinfectants, ils ont le grand avantage de prévenir la stagnation des matières septiques sur les surfaces altérées, ils luttent contre la tendance à la décomposition des produits contenus dans l'intestin. A ce titre nous ne pouvons qu'applaudir à leur action; mais ne nous y trompons pas, d'autres lavements font aussi bien qu'eux, souvent mieux.

Dans la diarrhée chronique, les lavements argentiques sont le plus souvent contre-indiqués et très rarement utiles.

C. LAVEMENTS DÉSINFECTANTS

Il nous faut parler maintenant des lavements désinfectants, dont l'indication a paru nécessaire quelquefois au cours de la dysenterie; ce n'est, on le comprend, que dans la dysenterie aiguë grave, lorsque les produits intestinaux tendent à se décomposer, ou dans la dysenterie chronique, quand les ulcérations sont profondes et sécrètent des matières ichoreuses, qu'on peut songer à eux. Ils constituent dans ce cas un degré de puissance de plus que les lavements détersifs dont nous avons parlé déjà. L'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque), à la dose de 4 grammes, a été proposé dans ce but; le chlorure de chaux, l'acide phénique et tous ses dérivés, le permanganate de potasse, le sulfate de fer et mille autres désinfectants, ont été mis en avant, jusqu'au charbon de bois, qui ne peut agir que comme absorbant des gaz septiques et qui me paraît devoir être d'une médiocre utilité, malgré le bien qu'en dit Delioux, qui le prescrivait à la dose de 20 à

30 grammes de poudre porphyrisée pour 500 grammes de décoction de graine de lin assez épaisse pour suspendre cette poudre. Dans les cas de forme gangréneuse de la dysenterie, Delioux ajoutait aussi de l'extrait de quinquina dans la décoction de lin.

Pour ma part, la liqueur de Labarraque, le chlorure de chaux me paraissent avoir une action trop irritante ; l'acide phénique, employé de tant de manières, me semble pouvoir, dans certains cas, produire des accidents d'intoxication, aussi je préfère, le cas échéant, me servir du permanganate de potasse (50 centigrammes à 10 grammes de permanganate de potasse cristallisé dans 250 centigrammes d'eau). Mais ne nous y trompons pas, ici encore l'emploi de ces lavements désinfectants est moins souvent nécessaire qu'on ne croit ; les grands lavages de l'intestin à l'eau tiède ou au sulfate de soude sont suffisants dans un très grand nombre de cas.

D. LAVEMENTS TONIQUES ET NUTRITIFS

Enfin, pour en finir avec les lavements, parlons de ceux qu'on a appelés toniques et nutritifs, ceux qui sont à base de quinquina, de bouillon, de vin, par exemple. Je n'ai qu'une très médiocre confiance dans l'action fortifiante du lavement au quinquina, qui me paraît ne devoir agir que comme astrictif, grâce à un tannin plus cher pour la bourse que celui du chêne, sans être plus efficace. Le lavement au bouillon doit être bien dégraissé, on le sait, parce que le gros intestin n'absorbe pas les corps gras. Enfin le lavement de vin est une excellente chose ici comme dans maintes autres circonstances. Je vois donc de très bon œil ces lavements au bouillon et au vin, aux deux substances réunies, mais ce n'est pas seulement dans les flux de ventre, où ils n'ont pas d'indication spéciale. Ils agissent ici

comme dans toutes les maladies où il est nécessaire de soutenir les forces du sujet par tous les moyens possibles.

DU RÉGIME DANS LA DYSENTERIE

Le régime est une des choses les plus importantes dans le traitement de la dysenterie. Je n'oserais pas dire qu'à lui seul il vaut autant que les médicaments ; mais si nous mettons hors de la discussion une demi-douzaine de substances, nous pouvons dire hardiment que le régime est infiniment plus important que tous les autres pour la guérison des flux de ventre. En effet, si dans quelques cas déterminés la thérapeutique a besoin d'agir et d'agir très vigoureusement pour défendre le sujet contre des dangers très grands, immenses même, il ne faut pas oublier que, par le secours du régime, le médecin peut diminuer la gravité, la ténacité, la durée de beaucoup d'autres, et cela dans de considérables limites.

Mais nous devons dire, pour ce régime, ce que nous avons dit pour une infinité de médicaments : les opinions ont étrangement varié à ce sujet. Tandis que pendant des périodes plus ou moins longues on voit les médecins condamner les malades à une diète plus ou moins absolue, pendant d'autres, dans le cours des années, on a prêté à tel ou tel aliment des qualités ou des défauts qui n'ont pas été acceptés par les successeurs de ceux qui ont formulé l'idée. Dans notre époque actuelle, en particulier, on a vu des oscillations si grandes sous ce rapport, que plus d'un esprit inquiet a pu critiquer les variations incessantes de la mode.

Quel que soit le régime auquel on s'arrêtera pour le traitement des divers flux de ventre, il ne faut pas perdre de vue ces deux points :

1° C'est que les aliments ont dans la maladie une importance plus grande que dans un très grand nombre d'au-

tres, pour cette raison qu'il faut non seulement songer à leurs propriétés alibiles, mais encore à leur action de contact sur des surfaces malades. Faute d'avoir suffisamment fait attention à ce point de la question, on a vu souvent les médecins les plus attentionnés, les plus instruits ne pas obtenir de bons résultats, alors que d'autres moins savants ou moins habiles par ailleurs savaient venir à bout de la maladie.

2° C'est que lorsque la fièvre n'est pas assez forte pour déprimer le sujet et le laisser inerte dans son lit, c'est-à-dire dans la grande majorité des flux de ventre, le sentiment de la faim est impérieux, et que trop souvent, malgré les raisonnements les plus solides et l'intelligence la plus capable de diriger les actes, le sujet cède à des mouvements de gourmandise ou de gloutonnerie qui sont justifiés par ce besoin brutal d'ingérer des aliments. Ce besoin, qu'on aurait tort de méconnaître, a été un des obstacles contre lesquels sont venues se heurter ces idées formulées à diverses époques de la nécessité de la diète dans certaines maladies, et je crois que dans le traitement de la dysenterie le médecin doit compter grandement avec lui, car la désobéissance du sujet à l'égard des prescriptions alimentaires peut empêcher tout bon effet des traitements les mieux combinés.

Je suis tellement persuadé de l'extrême importance de cela que, depuis nombre d'années, je me suis attaché de la manière la plus attentionnée à ce régime, et une des choses que je cherche avec le plus de soin, c'est de convaincre le malade de l'absolue nécessité de son obéissance ; ajoutons qu'en même temps je m'attache à tromper ce sentiment de la faim, qui est tellement impérieux, je le répète, qu'il est capable de vaincre les meilleures résolutions.

On a tour à tour prescrit ou défendu une série d'aliments dans la dysenterie, ai-je dit ; je ne puis passer en revue à ce

sujet tout l'arsenal bromatologique : je ne parlerai que de quelques-uns sur lesquels on peut discuter; les aliments lourds, indigestes sont, on le comprend, éliminés du premier coup.

Et tout d'abord, après avoir dit que la diète momentanée est un excellent adjuvant du traitement de la diarrhée aiguë, puisque, pendant la convalescence de cette diarrhée aiguë, les aliments de facile digestion : œufs, poisson, etc. etc., sont un moyen très important pour faciliter le retour à la santé, nous comprenons la nécessité de suspendre toute alimentation pendant la période fébrile de la dysenterie aiguë, moyenne ou grave. C'est à peine si le plus souvent on prescrit du bouillon dans ce moment, et encore ce bouillon a-t-il besoin d'être bien dégraissé, car les corps gras passent alors en nature dans les selles. C'est pour ces cas, comme pour les cas de dysenterie et de diarrhée chroniques, qu'on a préconisé le thé de bœuf dont voici la formule donnée par Delioux (*loc. cit.*, p. 461) :

« On prend 500 grammes de viande de bœuf fraîche, de bon choix, sans os, sans graisse, et on la hache menue comme chair à pâté. On la fait immédiatement bouillir dans un poids égal d'eau, auquel on ajoute du sel et les autres ingrédients qui servent à colorer et à aromatiser le bouillon ordinaire (clous de girofle, oignon brûlé, cerfeuil, persil ou céleri, carotte, poireau, laitue.)

« On laisse bouillir une demi-heure. On passe ensuite le produit de la décoction à travers un linge fort, et lorsqu'il ne reste plus sur ce filtre improvisé que le hachis de la viande, on relève les coins du linge, on en fait un nouet et on le tord en exprimant avec force les dernières parcelles du jus de viande. Quand l'expression est complète et ne rend plus rien, on retrouve dans le linge la viande sous forme d'une espèce de substance cornée d'une sécheresse absolue. »

On comprend que les proportions de viande et d'eau peuvent

être modifiées suivant qu'on veut avoir un bouillon plus ou moins nutritif.

Lorsque la fièvre est tombée dans la dysenterie aiguë et que la maladie a été assez grave pour que l'alimentation de la convalescence soit difficile, on ne s'est parfois pas contenté des aliments légers ordinaires, on a prescrit la viande crue, aliment dont on s'est engoué à une certaine époque, et qu'on a donné à tous et pour toutes les maladies. Aujourd'hui cette alimentation à la viande crue est assez connue pour que nous puissions ne pas entrer dans les détails de son emploi ; les uns la dévorent telle quelle, comme de véritables carnassiers, d'autres la hachent, la râpent, la pilent, la mélangent avec telle ou telle substance, l'enrobent de sucre, de sel, de farine, de bismuth, de confiture, ou bien la dissolvent dans du bouillon, du thé, du café, du chocolat, de la crème, etc. etc. On en fait ingérer depuis 50 jusqu'à 500 grammes par jour, etc. etc. ; bref, le moyen, je le répète, est tellement connu que nous pouvons ne pas parler de ses avantages. N'oublions pas en revanche pas un de ses inconvénients les plus sérieux, c'est la production du tœnia, chose assez connue aussi pour qu'il soit à peine nécessaire de la signaler d'un mot.

Au lieu de viande de bœuf on a conseillé celle du mouton, la viande de poisson, les huîtres et autres coquillages, etc. etc. ; tout cela n'est pas mauvais, à condition que la répugnance du sujet ne s'y oppose pas tout d'abord, et que le tube digestif mis en cause ne se révoltera pas non plus. Le meilleur aliment est celui qu'on digère le plus facilement, a-t-on dit, et cet adage est applicable ici plus que partout ailleurs.

Quant aux boissons, que n'a-t-on pas écrit non plus sur leur utilité ou leurs inconvénients dans la dysenterie! Les uns ont proscrit le vin, les autres l'ont conseillé; la bière, l'alcool, etc. etc., ont eu leurs détracteurs et leurs prôneurs. Pour le

moment on semble d'accord pour dire que le vin et les boissons alcooliques ne sont pas de mise dans la période fébrile de la dysenterie aiguë. La majorité des médecins les proscrivent aussi dans les flux de ventre chroniques, et je suis de ce nombre, considérant que, tant que la dysenterie ou la diarrhée chroniques ne sont pas guéries, ces boissons alcooliques sont mauvaises pour le tube digestif. Que dans certains moments, dans la forme typhoïde atonique, adynamique de la dysenterie aiguë, on emploie temporairement les alcooliques, la chose se comprend, ils constituent un médicament puissant et à ce titre pouvant être utile. Que dans certains cas de diarrhée et de dysenterie aiguë, ces boissons alcooliques soient tolérées et puissent ainsi être prises sans inconvénients, je le crois aussi. Mais néanmoins ces exceptions n'infirment pas la règle que je considère comme générale : les boissons alcooliques ne sont pas souvent utiles et sont très fréquemment nuisibles dans la dysenterie et la diarrhée aiguës et chroniques.

Jus de viande

Pendant un certain nombre d'années le jus de viande a été fort à la mode dans le traitement de la dysenterie et de la diarrhée chroniques, comme pour une infinité de maladies. On est parvenu, grâce à lui, à centupler les cas de tœnia sans faire, je crois, un très grand bien par ailleurs aux malades, de sorte que sa méthode perd du terrain aujourd'hui. Je ne puis, quant à moi, qu'applaudir à son retrait ; car pour un cas où elle peut rendre de véritables services, dix fois elle est inutile, et plus souvent encore expose au tœnia.

Lait

Nous arrivons à l'étude d'une substance qui pourrait être choisie comme exemple pour prouver l'instabilité, les variations incessantes de l'opinion en médecine. Lorsque j'ai com-

mencé à étudier en médecine on le défendait avec une rigueur extrême dans l'immense majorité des maladies, et peu d'années après je l'ai vu considéré comme une panacée universelle. Combien de temps cela durera-t-il? je n'oserais dire que la faveur dont il jouit aujourd'hui durera longtemps, car je crois voir çà et là des excès dans son emploi.

Pour nous restreindre au sujet qui nous occupe, je dirai que les opinions les plus contradictoires ont été formulées au sujet de l'emploi du lait dans l'alimentation des dysentériques ; les uns le louent de la manière la plus flatteuse, les autres le considèrent comme pouvant être utile dans certains cas ; plusieurs le regardent comme indifférent, et enfin, beaucoup le croient mauvais, sinon pernicieux même.

Les partisans du lait comme ses détracteurs peuvent également s'appuyer sur l'autorité d'Hippocrate, car le père de la médecine semble considérer le lait comme un agent thérapeutique efficace dans le traitement de la dysenterie (épidémies, observation du fils d'Eratolaüs), tandis, au contraire, que dans le 64e aphorisme de la 5e section on voit qu'il ne mérite pas une confiance absolue. On peut en dire à peu près autant de la plupart des auteurs de l'antiquité, mais nous ne nous y arrêterons pas ; nous ne perdrons pas non plus notre temps à analyser les interminables et passionnées discussions du moyen âge à ce sujet. Nous ne parlerons que des époques plus rapprochées de la nôtre, et encore le ferons-nous d'une manière très sommaire. Or disons que Sydenham donnait le lait bouilli dans trois fois son poids d'eau comme tisane aux dysentériques, et Pouppé-Desportes parlait de ce lait avec une grande faveur; mais Zimmermann le défendait, au contraire. Nous pourrions ainsi de suite arriver jusqu'à l'époque actuelle sans faire avancer beaucoup la question, car les opinions se heurtent toujours sans que le débat ait jamais cessé d'une manière définitive.

Lorsque Delioux écrivit son livre, le lait était complètement en défaveur, et on le voit; mais on peut constater aussi que son hostilité n'était pas basée sur les résultats d'une observation personnelle, aussi son opinion n'arrêta-t-elle pas beaucoup les médecins de la marine, qui précisément à cette époque commencèrent à s'occuper de l'emploi de ce lait dans les flux de ventre chroniques. Nous devons ajouter qu'après un grand nombre de tâtonnements, des essais de divers genres, des modifications et des combinaisons infinies, l'usage de ce lait s'est accru, généralisé, et c'est au point qu'aujourd'hui on peut dire que c'est avec lui qu'on traite l'immense majorité des flux de ventre chroniques et un grand nombre de flux aigus.

J'ai suivi le courant de ma génération, soignant la dysenterie sans lait au début de ma pratique; j'ai peu à peu employé le lait dans quelques cas et sur une échelle de plus en plus large, de plus en plus exclusive. Je l'ai mis en usage d'abord dans la diarrhée et la dysenterie chroniques, puis je l'ai essayé timidement dans la dysenterie aiguë, et je m'en suis si bien trouvé que je suis arrivé à le considérer comme extrêmement utile dans cette catégorie de flux de ventre comme dans les autres.

Aujourd'hui mon opinion est parfaitement fixée, le lait a une utilité du premier ordre dans les diarrhées et les dysenteries aiguës et chroniques; seule la rectite peut être bien soignée sans lui, et encore n'est-il pas contre-indiqué cependant dans cette rectite. Je formule cet avis favorable sans restrictions, et me basant sur une pratique que je puis donner comme étendue autant que variée. Et cette opinion est d'autant plus désintéressée, je dois dire, que je ne saurais réclamer aucune priorité à son endroit. Je n'ai été le promoteur d'aucune variante de la médication, je me suis borné à essayer toutes celles qui avaient été préconi-

sées avant moi; mon rôle à cet égard ne saurait être plus secondaire (1).

Dans ce livre où j'ai tant de choses à dire, je ne puis entrer dans nombre de détails, aussi ne parlerai-je ni de la chimie, ni de la physiologie qui se rattache au lait; je ne donnerai pas non plus les particularités des diverses variantes de la médication lactée, renvoyant à tous les ouvrages classiques récents, et particulièrement aux leçons de clinique thérapeutique de mon savant ami M. Dujardin-Baumetz qui contiennent, au sujet de la médication lactée, comme d'ailleurs pour tout ce qui touche la thérapeutique des flux du ventre, d'excellentes indications que je ne saurais trop recommander aux méditations des praticiens. Je renvoie aussi le lecteur à nombre de thèses, d'articles contemporains des journaux de médecine pour ce qui est de ce que l'on entend par régime lacté pur, mixte, mitigé, etc. etc. Quant à ce qui est de la manière suivant laquelle on doit le prescrire dans telle ou telle catégorie de flux de ventre, je la donnerai plus loin quand je parlerai du *modus faciendi* de chaque cas en particulier.

Pringle remarqua que le lait pur occasionnait souvent des coliques, et qu'en l'additionnant d'eau de chaux on faisait dis-

(1) Dans ce livre où je ne puis m'occuper que très sommairement des mille détails qui touchent à la dysenterie, je suis obligé d'être très bref et je ne ferai pas l'historique de l'emploi du lait dans les flux de ventre; mais cependant, je ne puis me résoudre à passer sous silence ce fait que les médecins de la marine de la génération actuelle peuvent réclamer la plus grande part pour son introduction dans la pratique courante. Je regrette de ne pouvoir citer tous les noms de mes camarades ; je donnerai seulement au courant de la plume les suivants : Armand, thèse Paris, 1872 ; Bizien, thèse Paris, 1873; Barret, *Archives médicales navales*, 1873 ; Bestion, thèse Montpellier, 1874; Clavel, thèse Paris, 1873; Durand, thèse Montpellier, 1874 ; Étienne, thèse Montpellier, 1877 ; Hodoul, thèse Paris, 1873; Layet thèse Montpellier, 1872 ; Leclerc, thèse Montpellier, 1871 ; Normand, *Archives médicales navales*, 1877 ; Quetand, *Archives médicales navales*, 1875; Talayrach, thèse Montpellier, 1875.

paraître cet inconvénient. Aujourd'hui cette addition est entrée dans la pratique courante.

On commence par donner de petites quantités de lait par jour; un, deux litres au plus sont des doses qu'il est inutile de dépasser dans les premiers moments du traitement. A mesure que le lait est mieux toléré et s'absorbe comme il faut, la quantité est augmentée, et on arrive jusqu'à quatre litres par jour, ce qui est le chiffre habituel, peut-on dire ; ceux qui en prennent jusqu'à cinq litres sont l'exception.

Le lait doit être bu par petites quantités à la fois, un verre, un demi-verre d'heure en heure, et même, dans certains cas, il faut diminuer davantage les doses, qu'on peut rapprocher alors.

Dans un cas où le malade vomissait le lait dès qu'il en avait ingéré quelques gorgées et en présence d'un état faiblesse très grande, qui menaçait de provoquer une terminaison funeste à brève échéance, j'ai vu le lait donné à très petites doses produire les meilleurs effets. J'avais placé auprès du malade une sœur de Charité qui avait la consigne de lui en donner une petite cuillerée à potage de dix minutes en dix minutes ; elle avait soin de surveiller la tolérance du sujet en rapprochant ou éloignant ces petites prises, et elle finit par faire prendre jusqu'à deux litres en vingt-quatre heures, en même temps que les quantités de chaque ingestion allaient en augmentant aussi.

Le malade soumis au régime lacté éprouve souvent un sentiment de vacuité de l'estomac très désagréable quand il fait son traitement en conscience ; il faut savoir le surmonter, et je dois dire que cette impression de faim inassouvie est une des plus grandes causes d'insuccès du traitement lacté, car trop souvent les malades ne savent pas y résister; soit qu'ils soient assez stupides pour croire que le médecin les

prive par plaisir de nourriture (et je dois dire que ce cas est extrêmement fréquent dans les hôpitaux militaires), soit qu'ils ne puissent résister à la gourmandise, il arrive trop souvent que les intéressés se laissent aller à ingérer des aliments. La soif est souvent vive chez les diarrhéiques, et il leur semble que le lait, même étendu d'eau, ne les désaltère pas; dans ce cas, on peut leur donner pour un jour un ou deux litres d'eau sucrée aromatisée, d'infusion très légère de thé ou de café.

Sous l'influence du régime lacté, les selles prennent la couleur jaune très clair dans l'espace de deux jours, trois au plus ; aussi dans le cas où la couleur brune ou gris foncé persiste plus longtemps, le médecin peut-il être certain que le malade ne suit pas exactement sa prescription alimentaire.

Quand le lait est bien supporté, on voit bientôt le nombre des selles diminuer, en même temps qu'elles prennent plus de consistance, et en une semaine, dix jours, quinze parfois, elles sont presque moulées, parfois même absolument moulées.

Il ne faut pas se hâter de cesser le régime lacté et même de le modifier par l'adjonction d'autres aliments, sous peine de s'exposer à des rechutes.

Il arrive souvent, sous l'influence du régime lacté, non seulement que les selles se moulent, mais encore qu'il se produit une véritable constipation. Dans ce cas, on voit les selles être constituées par des scybales agglomérées sèches et d'une belle couleur jaune doré ou ocre par le fait de la bile.

Enfin disons que lorsque le régime lacté pur ne peut être supporté par les malades, on peut leur prescrire des fécules de riz cuites au lait. On comprend la pensée du thérapeutiste dans ce cas : c'est de faire ingérer du lait. La fécule, le riz sont les moyens de le masquer sans introduire dans le tube digestif des principes allant produire une action topique sur l'intestin malade, qui a besoin d'être maintenu au repos complet.

Le lait est véritablement un aliment complet, et plus que cela un médicament par excellence, j'allais dire un des meilleurs dans les flux de ventre, et cela tant dans les flux chroniques que dans les flux aigus. Mon sagace camarade, le Dr Bestion, qui a fait pendant son séjour à l'hôpital de Port-Louis en qualité de médecin résidant des essais touchant l'emploi du lait dans la dysenterie aiguë, me parla, en 1875, de résultats tels que j'ai voulu les vérifier. Et, en effet, je suis bientôt arrivé à constater l'excellence de cette pratique. Aussi ai-je pris, dès cette époque, la coutume de prescrire aux individus atteints de dysenterie aiguë, même très grave, un litre de lait comme aliment et boisson à la fois.

Je recommande naturellement de prendre ce lait par petites prises de 30 à 50 grammes, assez loin des ingestions de la potion à l'ipéca ou des pilules à l'ipéca et au calomel pour éviter le vomissement, et bientôt le malade sait bien le moment où il peut prendre un peu de lait sans vomir. Dès que les symptômes s'amendent, ou bien quand la maladie tend à maigrir l'individu, tout en restant à l'état de grande gravité, j'augmente la proportion de lait, arrivant à un litre et demi et même deux litres, parfois jusqu'à trois litres ; et pendant plusieurs jours le malade n'introduit souvent absolument dans son tube digestif rien autre chose que la potion ou les pilules d'ipéca, un peu de sirop d'opium pendant la nuit, et du lait.

Lorsque le lait n'est pas bien supporté, qu'il empâte la bouche ou pèse sur l'estomac, je le fais étendre d'un peu d'eau, puis je le fais additionner d'eau de chaux, recommandant à ceux qui soignent le malade de donner cette eau de chaux par cuillerées à café ou à soupe, suivant la quantité de lait qui a été ingérée, jusqu'à ce que le lait ne pèse plus sur l'estomac. Si quelques douleurs gastralgiques existent, je fais

donner de l'eau de chaux additionnée de laudanum, de telle manière qu'une cuillerée à bouche représente une goutte de laudanum. Je ne saurais trop faire remarquer que ce laudanum n'est donné ici absolument que comme moyen de faire tolérer le lait par l'estomac.

Sous l'influence du lait, qui a l'avantage d'être éminemment nutritif et de ne mettre que de très minimes résidus solides dans l'intestin, on voit les désordres de la dysenterie aiguë se réparer vite et bien ; la guérison survient alors beaucoup plus vite et beaucoup mieux que par une autre alimentation. Je dirai pour me résumer que depuis huit ans et sur plus d'un millier de malades j'ai donné le lait comme aliment et médicament dans les flux de ventre aigus et chroniques, c'est à peine si je compte cinq cas bien avérés où il n'a pu être supporté, et dans tous les autres, il m'a donné de si bons résultats dans les cas les plus graves, que je ne sais vraiment comment je ferais si demain je ne pouvais plus le prescrire. Je dirais volontiers de lui ce que Sydenham disait de l'opium, je ne voudrais plus soigner les dysentériques si on me défendait de l'employer.

Le lait, à la dose de trois à quatre litres en temps ordinaire, à cinq litres par exception, constitue une bromatologie très suffisante pour entretenir la vie pendant des semaines et des mois même ; souvent même le poids du sujet augmente avec ces doses, de sorte que le médecin peut s'attarder à le prescrire sans aucune autre adjonction, pour peu que le malade soit assez intelligent pour seconder ses efforts. Aussi je me laisse aller volontiers à tenir le sujet qui a eu une atteinte de dysenterie sévère au régime du lait pur pendant trois ou quatre jours après que ses selles sont moulées, ne donnant d'abord qu'un peu de crème de riz ou de flan d'œufs, puis un peu de pain, un peu de fromage de Gruyère avec ce pain, puis enfin des œufs, et enfin n'abandonnant le régime lacté que peu

à peu, d'une manière, pour ainsi dire, insensible, le vin ne venant que tout à fait en dernière ligne. J'ai obtenu, je le répète, de si bons résultats ainsi dans la dysenterie et la diarrhée aiguës ou chroniques, que je conseille vivement pareille manière de faire.

CALORIFICATION

La dysenterie veut la chaleur, a-t-on dit souvent et répète-t-on volontiers dans le vulgaire. La chose est vraie dans une grande limite, et sans nous laisser entraîner à des exagérations dans cet ordre d'idées, disons qu'il faut éviter avec soin les refroidissements, même légers, dans le cours de la maladie.

Rouppe considérait la calorification comme un moyen du premier ordre dans le traitement de la dysenterie aussi excitait-il la transpiration de ses malades à l'aide de bouteilles d'eau chaude introduites dans le lit. Poissonnier-Desperrières recommandait de tenir les dysentériques dans un milieu chaud. Stoll insistait vivement sur la grande utilité de tenir le ventre chaud pendant le traitement de la dysenterie, et nous trouverions facilement mille citations corroboratives de cette idée parmi ceux qui ont écrit sur la maladie de nos jours. Aussi, sans aller aussi loin que le Dr Helye de Romans (*Gazette des Hôpitaux*, 1859, 15 octobre), qui disait qu'en couvrant l'abdomen on fait plus et mieux que l'ipéca et les purgatifs salins, tous agents qui ne sont que de simples adjuvants de la caléfaction, faut-il recommander de tenir le sujet à l'abri du froid relatif ou absolu ; et faisons remarquer que dans une maladie où le sujet est obligé à chaque instant de quitter son lit pour aller sur le vase, cette défense du corps contre le refroidissement est difficile à exercer. Mais elle a

une telle importance que le médecin attentionné doit s'en préoccuper avec grande attention.

TRAITEMENT PARTICULIER DES DIVERSES FORMES ET DES DIVERS DEGRÉS DE FLUX DE VENTRE

Jusqu'ici j'ai donné des indications générales touchant le traitement de la dysenterie, et j'ai, pour ainsi dire, familiarisé le lecteur avec les divers médicaments qu'il comporte; mais pour donner à mon travail la portée pratique que je désire lui voir, j'ai besoin de parler du traitement qui me paraît capable de donner les meilleurs résultats dans tel ou tel cas, suivant telle ou telle catégorie des flux de ventre dans l'état actuel de nos connaissances.

Diarrhée aiguë

Les gens du monde ont, surtout dans les pays chauds, une manière de traiter la diarrhée qui doit nous arrêter un instant : ils prennent, dès qu'ils éprouvent quelques coliques, qu'ils ont une selle diarrhéique, divers liquides alcooliques portant tel ou tel nom, souvent d'une composition qui est le secret de l'inventeur, et qui toujours sont des teintures de plantes aromatiques irritantes, additionnées de plus ou moins d'opium. Quelques-unes de ces préparations antidiarrhéiques ont une réputation considérable et sont employées avec une prodigalité vraiment extraordinaire. Bien que j'aie, à priori, une extrême répugnance à m'occuper de ces médicaments, qui semblent plutôt inventés pour faire la fortune de quelques pharmaciens que pour soulager réellement les malades, il me faut dire ici ce que je pense des effets de ces préparations antidiarrhéiques, et chercher à déterminer les conditions dans lesquelles leur usage peut présenter quelques avantages.

Sans doute dans plus d'un cas, par exemple, quand à la suite

d'ingestion de boissons glacées, ou bien après un refroidissement du corps provenant de ce qu'on s'est attardé avec des vêtements légers au grand air, qu'on s'est laissé gagner par le sommeil sur un balcon, une terrasse, sous un arbre, etc. etc., et que, jouissant jusque-là d'une santé florissante, on est pris tout à coup de coliques avec mouvements tumultueux de l'intestin, aboutissant bientôt à une selle parfois solide au début et se terminant par des matières liquides, l'ingestion d'une de ces préparations alcooliques, appelées antidiarrhéiques, donne de bons résultats. Si elle est prise de très bonne heure, dès les premières douleurs, elle arrête quelquefois l'indisposition d'une manière subite, et même sans qu'une selle ait eu le temps de se montrer. Mais de là à penser que les mixtures tant prônées sont capables d'arrêter la dysenterie au début, il y a tout un abîme. Si l'organisme est préparé comme nous l'avons vu en parlant de la pathogénie par une accumulation de bile âcre dans la vésicule biliaire, cette mixture n'aura aucun bon effet, elle ne peut qu'aggraver fâcheusement la situation ; aussi je ne saurais trop conseiller la prudence aux intéressés dans l'emploi de ce moyen abortif de la diarrhée.

Ce n'est que dans les cas légers, tout à fait au début et dans les conditions que je viens de spécifier, refroidissement survenant chez un individu bien portant jusque-là, qu'on peut en attendre de bons résultats. Au contraire, si l'indisposition dure depuis un jour ou deux, si, avec l'orage intestinal, il y a les moindres phénomènes d'embarras gastrique ou bilieux, le plus sage est de n'y pas recourir ; les moyens classiques sont alors infiniment préférables.

Je n'en citerai qu'un exemple pour mettre le lecteur en considération : Un individu rentrant des pays chauds avec un peu de congestion du foie, mais sans avoir eu jamais de dysenterie, arrive à Paris et a besoin d'y faire plusieurs courses fatigantes;

il devait partir le soir par un train de chemin de fer, mettant dix-huit heures pour le conduire à son lieu de résidence, quand il est pris de selles diarrhéiques. En moins de deux heures, une débâcle bilieuse l'avait poussé plus de dix fois sur le vase. Ne voulant pas retarder son départ, il prend un assez copieux petit verre de chartreuse verte et quatre perles d'éther au moment de monter en voiture, et s'enveloppe chaudement dans sa couverture de voyage. Dix-huit heures après, il débarquait sans avoir eu une selle en route, mais, à peine rendu chez lui et couché, le besoin de déféquer se fait sentir, une selle sanglante de dysenterie moyenne fut émise, et j'eus à le soigner d'une atteinte qui ne manqua pas d'être sérieuse, et qui certainement ne serait pas survenue s'il n'avait pas combattu intempestivement cette débâcle bilieuse par une médication qu'on peut appeler incendiaire, et qui fait qu'il avait joué quitte ou double avec la maladie.

Par conséquent, sans nier que, dans certains cas que j'ai précisés, les divers moyens qui sont d'un emploi vulgaire dans les pays chauds et parmi lesquels l'eau de mélisse pure ou additionnée de 2 à 4 grammes d'éther sulfurique est peut-être le meilleur ou au moins un des plus efficaces, j'engage très vivement les médecins et les malades à ne pas recourir à ces remèdes, plus utiles au pharmacien qu'au client.

Entreprenons maintenant l'étude des moyens dits classiques de guérir la diarrhée aiguë ou dysenterie du premier degré, moyens capables de donner de bons résultats d'une manière autrement plus assurée.

Lorsqu'un malade est atteint de la dysenterie légère, au premier degré, de la diarrhée aiguë, en d'autres termes, une des premières choses est de s'enquérir de l'état des premières voies. Le sujet est-il suffisamment fort et vigoureux, car on comprend que ce que nous allons dire ne s'adresse ni à un cachectique,

ni à un vieillard hernieux ou anévrismatique, ni à une femme enceinte ; si le sujet est suffisamment fort et vigoureux, dis-je, et si les phénomènes de l'embarras gastrique sont accusés, un vomitif est indiqué. L'ipéca joint à l'émétique chez les hommes les plus forts, les mieux conservés, arrivés depuis peu, l'ipéca seul dans les autres cas, provoquent un orage gastro-intestinal passager, à la suite duquel on est tout étonné de voir le sujet convalescent et bientôt guéri, alors que, par d'autres moyens, le bismuth, les astringents, par exemple, on constaterait soit l'aggravation, soit l'état stationnaire de la maladie.

Mais il ne faut pas oublier de noter que, dans maintes circonstances, le vomitif n'est pas indiqué, soit parce que le sujet n'est pas très vigoureux, soit parce que la maladie elle-même ne se montre pas avec un appareil réactionnel assez accentué pour justifier l'emploi d'un médicament qui va jeter le sujet dans des spasmes très pénibles, ou au moins désagréables pendant une ou deux heures. Alors, les purgatifs sont de mise, 30 à 60 grammes de sel de soude ou de magnésie, une bouteille d'eau de Sedlitz, ou de limonade Rogé, prise à jeun le matin par verres, à dix minutes d'intervalle, viennent très souvent à bout dès le premier jour d'une atteinte légère. Il suffit alors de garder le repos, de surveiller son alimentation pendant deux ou trois jours, en un mot, de ne pas faire d'imprudence pour que la guérison soit obtenue.

Mais, trop souvent, la première purgation ne suffit pas pour amener la guérison, et alors un des meilleurs moyens est de recommencer. Ici les pratiques diffèrent, les uns veulent que l'on recommande purement et simplement à prendre la purge en deux verrées, dix en dix minutes ; les autres prescrivent une tisane additionnée de sel de soude ou de magnésie ; les autres, nefin, font préparer une potion de sel purgatif sans

sucre avec 120 grammes d'eau, et disent de la prendre par cuillerées, d'heure en heure. J'ai employé les diverses variantes dans un grand nombre de cas, et j'avoue que je serais embarrassé d'en préconiser une au détriment des deux autres. Je me laisse aller volontiers au goût du malade, et j'ai vu également de bons résultats couronner les trois variantes.

Si, après la seconde purgation, la diarrhée persiste, il faut revenir à une troisième, seulement l'amé ioration est, en général, assez accentuée pour qu'on puisse en diminuer les doses. Souvent, dans les hôpitaux coloniaux, j'ai suivi les préceptes de mes prédécesseurs, c'est-à-dire j'ai donné 40 grammes de sulfate de soude le premier jour, 35 le second, 25 le troisième, 15 le quatrième, 10 le cinquième, et assez fréquemment, à ce moment, les selles redevenaient de bonne nature, se moulaient bientôt. Il n'y a aucun inconvénient, et souvent tout avantage, à continuer, pendant quatre, six jours encore, le sulfate de soude aux doses de 10 à 20 grammes, c'est encore un des moyens les plus assurés que je connaisse de consolider la guérison, à condition, bien entendu, que le régime sera combiné d'une manière prudente.

Beaucoup de médecins emploient la manne au lieu du sulfate de soude ou de magnésie, j'y ai eu pour ma part maintes fois recours ; mais je suis entièrement de l'avis d'un de mes vaillants prédécesseurs au Sénégal, M. Chassaniol, qui disait que la manne n'est pas assez énergique et, par conséquent, est moins efficace que le sulfate de soude. La seule raison qui puisse militer en sa faveur, est son goût moins désagréable que les sels de soude ou de magnésie ; aussi je le mets sur un plan inférieur aux purgatifs dits salins. Je serais assez d'avis de n'y recourir que lorsque ces purgatifs dits salins, donnés à une ou deux reprises, ont déjà amélioré la situation d'une manière convenable.

A la Martinique, comme au Sénégal, j'ai essayé divers purgatifs dans le traitement de la dysenterie, et j'ai trouvé à l'huile de ricin une action aussi efficace qu'aux sels de soude ou de magnésie. En émulsionnant cette huile, comme je l'ai dit souvent (deux parties d'huile, une partie d'alcoolé de menthe, une partie d'eau sucrée, agiter au moment de s'en servir), on lui enlève une gsande partie de son goût nauséeux, et, par conséquent, la répulsion qu'ont la plupart des malades contre elle est sensiblement atténuée. Je place, pour ma part, l'huile de ricin au même plan que les purgatifs salins, et la donne indifféremment à eux quand je ne rencontre pas chez les malades une aversion trop accentuée.

Je ne conseille aucun des drastiques ordinaires pour provoquer des évacuations dans la diarrhée aiguë, le jalap, la scammonée, l'aloès, etc. etc., me paraissant formellement contre-indiqués.

Les lavements au sulfate de soude m'ont paru être un excellent auxiliaire dans nombre de cas, et j'y ai volontiers recours ; mais il est rare que j'en fasse l'unique moyen de traitement. Je crois qu'il est beaucoup plus efficace de ne les employer que comme adjuvants des purgations par la bouche, et je les donne à ce titre à la dose de 20 grammes de sel pour 120 ou 150 grammes d'eau, en renouvelant la prescription matin et soir.

Quelques praticiens ont conseillé l'ipéca contre la diarrhée aiguë, ou dysenterie du premier degré, non pas seulement comme vomitif, ainsi que nous l'avons vu précédemment, mais ils ont voulu qu'après son emploi à dose vomitive, on le continuât pendant deux ou trois jours sous forme nauséeuse : poudre d'ipéca 0,60 centigrammes, laudanum 0,40 centigrammes, eau gommée sucrée 90 grammes, agiter au moment de l'ingestion, à prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure, en éloignant les doses si les nausées sont trop pénibles. Certes l'ipéca

est un excellent médicament que j'emploie très volontiers dans les flux de ventre ; mais l'état nauséeux dans lequel il jette le malade, fait que je le réserve pour les cas plus graves ou plus rebelles que celui-ci ; aussi, dans la diarrhée aiguë, je lui préfère des moyens moins désagréables pour le patient.

On a conseillé souvent les opiacés dans le traitement de la dysenterie du premier degré ; il est vulgaire qu'une pilule d'opium de 0,05 centigrammes ou 20 gouttes de laudanum dans un verre d'eau soient d'un très bon effet chez les adultes atteints de diarrhée légère au début. Mais ne nous y trompons pas, tous les cas ne réclament pas une pareille médication, car si, tout à fait au début, l'opium peut agir comme l'alcool et les diverses préparations dites antidiarrhéiques, il n'est pas prudent le plus souvent d'y recourir. On joue, pour nous servir d'une expression un peu triviale, mais profondément vraie : quitte ou double, avec de trop mauvaises chances contre soi. Les médecins qui ont pratiqué longtemps dans les pays à dysenterie, n'emploient guère ces opiacés que tout à fait dans le premier moment des cas très légers, ou bien à titre secondaire quand les premières voies ont été débarrassées par les purgatifs : par exemple, à l'état de potion hypnotique que le malade doit prendre le soir en se couchant, quand on lui a donné le matin du sulfate de soude ou de magnésie; dans ces conditions il peut faire très bien, mais on s'exposerait à des mécomptes si on érigeait l'opium en moyen unique de traitement.

Lorsque les premières voies ont été débarrassées et que la maladie tire à sa fin, on donne souvent du sous-nitrate de bismuth, qui est aussi un excellent médicament, mais que je mets peu souvent en œuvre dans les cas qui nous occupent, parce que j'ai vu la guérison survenir aussi bien et aussi vite quand on ne l'a pas employé. Je crois donc que le bismuth, qui est très

efficace dans les cas où la maladie tourne à la chronicité, est inutile dans les cas d'acuité franche, marchant sans hésitation vers la guérison : aussi on comprend dans quels cas il me semble indiqué.

Quant aux astringents : ratanhia, cachou, simarouba, nous ne les considérons pas d'un très bon œil, en ceci que : 1° comme moyen unique de traitement, ils ne nous paraissent pas utiles le plus souvent ; bien plus, lorsqu'il y a embarras gastrique ou bilieux, ces astringents peuvent compliquer la scène et provoquer une irritation fâcheuse au lieu de mener à la guérison ; 2° comme moyens secondaires, ils peuvent être utiles dans quelques cas où la maladie tourne ou tend à la chronicité, mais quand elle marche franchement, ils sont en général inutiles, et à ce titre, peuvent être délaissés.

Quand je me suis occupé de la diarrhée aiguë en parlant des maladies du Sénégal, j'ai fait remarquer avec soin que le sujet devait être attentivement surveillé au point de vue du paludisme. En parlant de la dysenterie en général, je n'ai pas à insister autant là-dessus, mais cependant il me faut l'indiquer au moins pour mémoire, car dans les pays à dysenterie, qui sont en même temps les pays chauds en général, la mal'aria doi toujours être présente à l'esprit du médecin.

Tous les malades qui consultent un médecin, pour n'importe quelle maladie, croiraient qu'on ne leur a pas fait une prescription complète et surtout efficace si on ne leur a pas indiqué la tisane qu'ils doivent prendre, de sorte qu'on me demandera ici quelle est celle que je conseille. Je répondrai à cela que la meilleure pratique est celle qui introduit le moins de liquide dans le tube digestif, et que, par conséquent, l'abstention de toute tisane serait encore ce qu'il y aurait de préférable. Ceci étant dit, nous pouvons ajouter que le lait pur me paraît être dans bien des cas, un liquide convenable comme tisane, mais

beaucoup de personnes croient que le lait est, au contraire, un laxatif et répugnent à son usage, sans compter que, chez quelques malades, la nature des sucs digestifs est telle qu'il y a des renvois nidoreux ou acides plus ou moins pénibles, des borborygmes, des coliques et même un peu de dérangement de corps sous l'influence du lait. Il est vrai que, dans la plupart des cas, on fait cesser tous ces petits inconvénients par l'addition d'un peu d'eau de chaux, de magnésie calcinée, d'eau de Vichy, mais enfin il faut tenir compte de la répulsion juste ou injustifiée des malades, et, pour ces cas, je prescris volontiers une tisane d'orge ou de riz, à prendre par petites gorgées pour apaiser la soif. Je me décide difficilement à prescrire la tisane de riz; non pas que je la tienne pour mauvaise en elle-même, mais parce que les malades, se figurant que le riz est le remède de la diarrhée, se gorgent de cette tisane, et arrivent à introduire deux, trois litres d'eau dans leur tube intestinal, dans une bonne pensée, il est vrai, mais avec de mauvais résultats, car cet excès de liquide aqueux, ne pouvant être éliminé tout entier par les reins, concourt à entretenir la diarrhée.

Chez les gens sobres et intelligents, je conseille souvent un peu d'eau vineuse pour étancher la soif, en recommandant de boire le moins possible. Chez les intempérants ou les individus qui ne sont pas assez intelligents pour comprendre la nécessité d'une extrême modération vis-à-vis des alcooliques et des boissons, je craindrais, en leur parlant d'eau vineuse, d'atteindre de mauvais résultats au lieu d'avoir prescrit un bon moyen thérapeutique.

La question de la nourriture n'a pas grande importance dans la diarrhée aiguë légère, mais cependant elle ne saurait être négligée; il faut, pendant que la maladie existe et pendant les premiers jours de la convalescence, que le sujet s'attache à manger peu, à prendre des aliments de digestion facile, se di-

gérant surtout dans l'estomac et fournissant peu de résidu afins, de laisser reposer le mieux possible l'intestin. Mais cette question de la nourriture étant beaucoup plus importante dans la dysenterie légère ou grave, on me permettra de n'en pas parler maintenant pour éviter des redites. Je dirai la même chose pour les soins à donner à la convalescence, car ce qui doit être fait pour le cas actuel doit, *à fortiori*, être fait dans le cas suivant et avec une attention infiniment plus sévère, par conséquent j'attendrai d'en être là pour m'occuper de cette question.

Dysenterie de moyenne intensité

La dysenterie de moyenne intensité présente un si grand nombre de variétés qu'on ne peut formuler un traitement unique; trop de facteurs interviennent, en effet, pour modifier la situation d'un sujet à l'autre. Je vais donc fournir une série de moyens, parmi lesquels le praticien fera son choix au moment même et suivant son inspiration.

Ce que j'ai dit tantôt touchant l'état saburral est parfaitement de mise ici encore, et un ipéca au début est souvent une bonne chose. Lorsque les individus ne sont pas trop affaiblis, l'acte du vomissement produit un abattement réactionnel qui aide notablement l'amélioration, et il arrive souvent qu'un ipéca a grandement aidé à faire cesser un orage qui s'annonçait sinon comme menaçant, au moins comme sévère. Par conséquent, je ne suis pas avare de son administration en général.

A l'époque où florissait la médecine dite physiologique, on employait très généralement, au début de la dysenterie même légère, des *antiphlogistiques*, à savoir des saignées générales, des sangsues à l'anus ou sur le trajet des côlons. Nous avons vu que ces émissions sanguines étaient, pour ainsi dire, obligées dans l'esprit d'Annesley. Cambay et tant d'autres

y recouraient très volontiers. Aujourd'hui, la réaction est absolue, et elle a été trop grande à mon avis; car si les sangsues sur le trajet du côlon me semblent absolument inutiles en tant que moyen de révulsion directe, il n'en est pas moins vrai que dans quelques très rares cas par une saignée générale, un peu plus souvent par une application de sangsues au fondement, c'est-à-dire là où elles peuvent se gorger facilement d'une manière très abondante, on a vu une rémission des plus favorables se montrer comme conséquence directe et prochaine.

Un antiphlogistique que j'ai employé souvent et qui m'a très fréquemment donné les meilleurs résultats, c'est le grand bain tiède dont j'ai parlé en détail précédemment (voir ci-dessus, pages 599 et suiv.).

Quand on a déjà atteint, dans une certaine limite, l'acuité de la maladie par les émollients intrus et extra, ou bien dès le premier moment, le sulfate de soude ou l'ipéca se présentent comme éminemment efficaces.

Le sulfate de soude se prescrit de diverses manières, comme nous l'avons vu précédemment, sous forme de potion purgative, à 30 ou 45 grammes pour 100 grammes d'eau, à prendre en une fois ou par cuillerées d'heure en heure, ou bien sous forme de tisane d'orge, de thé, etc. etc., additionnée de 30 à 45 grammes de sel. Pour ma part, j'ai souvent prescrit la potion à 20 gr. de sel, à prendre en une ou deux fois, à dix minutes d'intervalle, puis, à partir de deux heures après, une seconde potion semblable était prise par cuillerées à soupe d'heure en heure, ou bien une tisane sulfatée était bue par verrées dans la journée. Comme l'a très bien fait ressortir Trousseau, l'effet purgatif du sulfate de soude est fini en douze heures, de sorte que pendant la nuit on peut continuer soit une nouvelle potion, soit une nouvelle tisane sulfatée. On s'arran-

gera de manière que le malade (un adulte de complexion moyenne) absorbe soixante à quatre-vingts grammes de sel dans les vingt-quatre heures.

Disons en passant que, soit qu'on donne du sulfate de soude, soit qu'on prescrive l'ipéca, je prescris volontiers deux ou quatre lavements émollients dans la dysenterie dont nous parlons, dans le but de laver l'intestin, de rafraîchir la muqueuse irritée, et d'aider à l'action du médicament. Très rarement j'ai vu ces lavements causer de la douleur, et le plus souvent, au contraire, ils produisent la détente la plus favorable.

L'ipéca à la brésilienne se prescrit de diverses manières, on le sait, et je l'ai dit plus haut. Je n'ai pas à rappeler que le plus souvent je me sers d'une potion faite extemporairement avec un ou deux grammes de poudre délayée dans de l'eau simple ou sucrée; on a ainsi tout de suite le médicament sous la main et prêt à être pris. En ayant soin d'agiter chaque fois le liquide, la poudre ne reste pas trop au fond ; et d'ailleurs on ajoute de l'eau dans la bouteille vide, si on s'aperçoit qu'il reste encore un peu de poudre au fond, de manière que dans les vingt-quatre heures la dose d'ipéca prescrite soit bien réellement ingérée.

J'ai assez parlé de l'ipéca à la brésilienne précédemment pour n'avoir pas y revenir; je rappelle néanmoins que c'est tout au plus si, dans les cas sérieux, on peut se servir de la seconde infusion, *à fortiori* de la troisième. Il faut s'attacher à obtenir la tolérance en éloignant un peu les prises au besoin, et il faut prolonger volontiers l'emploi du médicament pendant trois ou quatre jours après l'amendement bien accentué des selles, si la tolérance a été obtenue. Même au cas où les vomissements seraient fréquents, il

faudrait tâcher de persister au moins pendant quarante-huit heures après cet amendement, pour peu que l'atteinte ait été sévère au début.

Ajoutons à l'indication des moyens de traitement, des cataplasmes abdominaux ou des flanelles imbibées de liquide émollient, s'il y a de fortes coliques. De la tisane albumineuse ou de l'eau aromatisée, du thé très léger, du lait coupé d'eau, etc., comme tisane. L'eau simplement aromatisée me paraît la plus simple, et par conséquent la meilleure des tisanes. Je dois dire d'ailleurs que j'engage le malade à ne boire que lorsqu'il y est stimulé par la soif, car trop souvent il se croit obligé de boire deux pots de tisane quand même, ce qui est inutile ici et nuisible quelquefois.

Quant à la nourriture du sujet, nous lui faisons très généralement garder la diète le jour où il commence à prendre l'ipéca. Si cependant il désire vivement prendre quelque chose, nous lui donnons du lait coupé d'une ou deux parties d'eau. Le lendemain, c'est encore du lait plus ou moins coupé ou pur que nous lui faisons prendre, et à moins d'une répulsion des plus obstinées, c'est le lait seul qui va constituer son alimentation jusqu'à l'entière convalescence; lait pris pur, tant que les selles ne sont pas redevenues bonnes, pris sous forme de crème, flan d'œuf sans pain, lorsque la convalescence se dessine. Ce n'est que lorsque cette convalescence est bien affirmée et que les selles tendent à devenir pâteuses et de bonne nature que je laisse prendre un peu de riz au lait, des œufs, un peu de pain; et ce n'est que lorsque ces selles sont parfaitement moulées depuis vingt-quatre heures au moins, que peu à peu la viande de poisson, de poulet et enfin de mouton ou de bœuf est permise. Le vin ne vient qu'en dernier lieu.

On comprend facilement, sans que j'aie besoin d'entrer dans

de longs détails sur ce sujet ; mon but, en prescrivant le lait, est de donner au sujet un aliment suffisamment substantiel pour soutenir les forces, sans fournir cependant des résidus qui pourraient aller agir mécaniquement comme agent d'irritation sur l'intestin malade. Puis, en donnant des œufs, du riz seulement, la même idée prédomine, et je manœuvre ainsi de manière que les parties indigestibles des aliments n'arrivent dans l'intestin que lorsque la réparation est assez complète pour que l'action topique ne soit plus à redouter.

Sous l'influence du sulfate de soude, les selles s'amendent favorablement ou non ; si l'amélioration survient, il faut faire comme je le dirai tantôt en parlant des cas où l'ipéca a réussi ; si cette amélioration ne s'obtient pas, on recourt à l'ipéca comme nous venons de le dire.

Sous l'influence de l'ipéca, on voit survenir généralement une détente très heureuse; les selles contiennent moins de sang et finissent par redevenir plus fécales, qu'on me passe le mot; les douleurs cessent, la fièvre diminue et disparaît. Il est temps alors d'employer d'autres médicaments; mais il n'en est pas toujours ainsi malheureusement, et nous devons envisager trois cas : *A*. La maladie s'amende ; — *B*. Elle reste stationnaire ; — *C*. Elle s'aggrave.

A. LA MALADIE S'AMENDE

Elle est alors ramenée à l'état du premier degré ou diarrhée aiguë simple ; c'est le moment de recourir de nouveau au sulfate de soude, si on avait mis l'ipéca en œuvre. On pourrait employer la manne, les astringents, le sous-nitrate de bismuth. Mais tout en renvoyant le lecteur à ce que j'ai dit à propos de la diarrhée aiguë, je rappelle que le plus souvent, en persistant dans l'alimentation lactée et en donnant le sulfate de

soude pendant plusieurs jours à doses décroissantes, j'ai vu survenir la guérison entière et solide sans avoir besoin d'autre moyen thérapeutique.

B. LA MALADIE RESTE STATIONNAIRE

Cette supposition est un peu théorique plutôt que pratique, si on veut s'en tenir au mot propre, car une affection aiguë ne reste pas stationnaire ; aussi c'est du cas où l'affection tend à devenir chronique que je veux parler actuellement, et je renvoie alors pour plus amples détails au traitement de la dysenterie chronique, nous y verrons là l'emploi de maints moyens dont il est inutile de parler actuellement.

C. LA MALADIE S'AGGRAVE

Lorsque, malgré l'emploi de l'ipéca, la maladie s'aggrave, il faut avouer que le praticien a lieu d'être très embarrassé; il doit grandement craindre pour son malade, dont la vie est sérieusement menacée à une échéance prochaine.

Le premier moyen qui se présente à la pensée dans ces cas est, à mon avis, l'emploi des antiphlogistiques, et pour peu que l'état de la constitution du sujet le permette, c'est aux sangsues à l'anus ou sur le trajet des côlons qu'on peut recourir. Je sais toutes les objections qu'on peut faire aux saignées locales dans le cas qui nous occupe, mais ma défense est que le danger immédiat est si menaçant que, pour le conjurer, il n'y a à reculer devant aucun moyen, quelque précaire qu'il soit.

Les grands bains, les grands lavements émollients sont indiqués ici plus qu'ailleurs. On a conseillé aussi, depuis Zimmermann, l'application d'un vaste vésicatoire abdominal agissant comme révulsif. Je n'ai pas d'opinion personnelle suffisante sur ce moyen, que j'envisage de bon œil à condition que ce grand vésicatoire soit tout temporaire, volant en

d'autres termes. Si ces premiers moyens ne réussissaient pas à amender heureusement la maladie, il faut recourir à des agents plus puissants et que nous étudierons tantôt en parlant de la dysenterie du troisième degré, pour éviter le plus possible les redites.

Ce que j'ai dit tantôt de l'emploi du lait comme unique alimentation est plus applicable ici que jamais. Le lait plus ou moins étendu d'eau est une nourriture parfaitement appropriée en même temps qu'une boisson convenable, et cette dernière condition ne manque pas d'avoir sa grande importance aussi, car la soif est impérieuse dans ce cas-ci, et suivant la boisson ingérée, la maladie peut bien ou mal marcher très souvent. Mais nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement ici; ce que je dirai tantôt en parlant du traitement et de l'alimentation dans le troisième degré de la dysenterie me permet de m'arrêter touchant celle du deuxième degré.

Dysenterie grave

Soit que l'affection ait débuté avec une grande violence et qu'elle arrive d'emblée, pour ainsi dire, au troisième degré, soit qu'elle ait été trop faiblement influencée par la médication qui lui a été opposée, nous supposons maintenant le cas où elle présente la sévérité la plus grande qu'on puisse lui reconnaître.

Les antiphlogistiques sont, on le comprend, les moyens du début dans cette occurrence, et si la maladie débute avec violence on ne manquera pas d'y recourir, à moins d'une contre-indication bien formelle, car la question de l'anémie consécutive est devenue bien secondaire maintenant; il faut d'abord empêcher le malade de mourir tout de suite, on avisera si besoin est ensuite.

Les grands bains répétés jusqu'à trois et quatre fois par

jour, les embrocations émollientes sur l'abdomen, les larges irrigations intestinales à l'eau tiède sont plus que jamais de mise.

L'ipéca à la brésilienne se présente aussitôt à l'esprit, et il peut donner d'excellents résultats, mais il faut, le plus souvent, augmenter la force du médicament, et pour cela on a conseillé de donner dans les premiers jours une véritable décoction de huit à douze grammes de racine d'ipéca, et de ne se servir qu'une fois de cette racine, de peur que la seconde infusion ne soit pas assez forte.

Il ne faut pas être gagné de vitesse par la maladie, car il ne faut pas oublier que la moindre temporisation peut être funeste. C'est surtout pour le cas présent que j'ai employé d'abord la potion à la poudre : deux grammes pour cent grammes à prendre par cuillerées à soupe de demi-heure en demi-heure, en attendant que la préparation de l'ipéca à la brésilienne soit prête, et bientôt je suis arrivé, tant pour le cas présent que pour la dysenterie moyenne, à préférer cette poudre à la méthode brésilienne proprement dite, pour la raison qu'on est davantage certain de donner un médicament convenablement préparé en voyant de ses yeux mêmes la poudre dans la potion.

En outre, je fais faire une courte décoction ou une forte infusion, comme on voudra, de huit à douze grammes de racine d'ipéca, que je fais donner sous forme de quart de lavement dans un moment de répit des douleurs intestinales, et quelquefois, lorsque l'état de souffrance du sujet le permet, avec l'obturateur anal dont j'ai parlé précédemment, pour être certain que le médicament restera un temps suffisant au contact de l'intestin pour avoir des chances d'être conservé.

Si on veut bien y réfléchir un instant, on voit que la conduite est ici absolument semblable à celle que l'on suit dans une pneumonie : atteindre les premiers accidents par une saignée

et des sangsues, donner une potion contre-stimulante, de manière à déprimer vite et profondément le sujet. On peut dire que dans cette lutte qui s'établit entre le médecin et la maladie, l'énergie et la rapidité d'action ont une grande influence sur le résultat.

Lorsque, malgré les antiphlogistiques et l'ipéca appliqués d'une manière rigoureuse, on voit la maladie, qui était déjà très grave, faire encore des progrès vers l'aggravation, que faire ? Après de longues hésitations et une expérimentation faite tant au Sénégal qu'à la Martinique, je suis arrivé à recourir résolument au calomel pour ces cas. Je me suis servi d'un gramme de calomel uni à un ou deux grammes de poudre d'ipéca et à dix centigrammes d'opium, partageant le tout mélangé en dix pilules faites au moment même et données d'heure en heure, et je dois dire que j'ai vu dans la majorité des cas les accidents s'amender vite et bien alors.

J'avoue donc que ces pilules de calomel, d'ipéca et d'opium, qu'on a appelées de noms si divers que je renonce à les désigner par l'appellation d'un inventeur, j'avoue, dis-je, que ces pilules faites et prises dans l'espace de douze heures constituent un remède puissant, héroïque, qui m'a fourni maintes fois d'excellents résultats ; mais j'ai une telle crainte du calomel qu'elles sont restées dans mon esprit comme le moyen ultime que je ne mets en œuvre que lorsque l'ipéca seul ne m'a pas rendu le service que j'en attendais. J'ai donc, je l'ai dit déjà, une grande confiance en elles, comme le joueur a grande confiance dans la dernière carte qu'il réserve avec soin pour la fin de la partie, pensant qu'elle est capable parfois de la faire gagner alors qu'elle est jouée après les autres, tandis peut-être qu'elle n'aurait eu qu'une mince importance si elle avait été mise en avant prématurément.

On voit que je prescris le calomel à peu près comme le vou-

lait Dutrouleau, qui conseillait, on s'en souvient, 1 gramme de protochlorure et 5 centigrammes d'opium à prendre en vingt-quatre heures. C'est la continuation des idées d'Amiel, la méthode réfractée ne m'a pas paru et de beaucoup être aussi efficace.

Quand on recourt au calomel comme je viens de le dire, on continue pendant deux, trois ou quatre jours son emploi, puis on revient à l'ipéca, soit en potion, soit à la brésilienne, soit en pilules. Je dois dire qu'alors je continue volontiers pendant plusieurs jours après la cessation du calomel ces pilules faites chaque jour avec 1 ou 2 grammes de poudre d'ipéca et 3 à 5 centigrammes d'extrait d'opium, mais sans calomel, c'est bien entendu.

Ce n'est que plus tard, quand les selles sont bien modifiées et que le danger a disparu, que je reviens au sulfate de soude. Il m'est arrivé de donner pendant huit, douze, quinze jours ces pilules d'ipéca et d'opium sans calomel sans en diminuer les doses, et, chose remarquable, sans que le malade eût des vomissements, bien qu'il prît du lait dans la journée. On eût dit que la tolérance de l'ipéca s'était établie et que l'action curative seule se produisait.

Ce que j'ai dit précédemment au sujet de la tisane et de l'alimentation de la dysenterie du second degré est applicable ici. Pour calmer la soif dévorante du malheureux, qui est le plus souvent dans un état nauséeux des plus pénibles, on peut lui donner de petits fragments de glace qu'il fait fondre dans la bouche, en lui rappelant que moins il absorbera de liquide, mieux cela vaudra.

Dans la dysenterie hémorrhagique, j'ai obtenu parfois de bons effets, soit de l'emploi du perchlorure de fer en lavement, soit de preférence de l'emploi de 1 ou 2 grammes d'ergotine dans 250 grammes d'eau introduits dans le rectum, et conservés aussi longtemps que possible.

Je ne saurais manquer de rappeler que, dans les pays marécageux et chauds, la dysenterie hémorrhagique se manifeste souvent dans des conditions particulières, à savoir que l'hémorrhagie est hors de proportion avec les autres phénomènes. Il faut avoir dans ce cas l'esprit tourné vers le paludisme, et ne pas oublier que si on a affaire à une hémorrhagie intestinale de cette nature, la quinine fait mieux et plus vite que les hémostatiques proprement dits.

La complication typhoïde, ce qu'on a appelé la dysenterie putride, maligne, ataxo-adynamique, etc. etc., n'est pas très difficile à expliquer au point de vue du mécanisme des accidents : c'est une absorption funeste des produits septiques de l'intestin qui fait tout le mal. Cette théorisation met sur le chemin des indications thérapeutiques, qui sont au nombre de deux : *A*. Lutter contre la maladie proprement dite, c'est-à-dire contre la dysenterie; *B*. Lutter contre l'infection septique, qui est en train de tuer le malade plus vite et plus sûrement encore que le progrès de la dysenterie elle-même.

Je n'ai pas à parler de la première indication, il me faudrait répéter ce que je viens de dire précédemment au sujet du traitement de la dysenterie. Quant à la seconde, je signalerai qu'il faut à tout prix, soit neutraliser, soit évacuer les matières septiques que contient l'intestin. Les grandes irrigations de cet intestin se présentent ici avec quelques recommandations, surtout si elles sont pratiquées avec une eau rendu désinfectante par le permanganate de potasse, l'acide phénique, le sulfate de fer, etc. etc. Les lavements qui agissent topiquement sur l'intestin, ceux qui contiennent de la teinture d'iode, du nitrate d'argent, peuvent faire bon effet ici, dans l'intervalle des grandes irrigations évacuatrices et désinfectantes, en modifiant les surfaces malades du gros intestin.

Ajoutons que les moyens généraux employés habituellement

contre les phénomènes dits typhoïdes, depuis la quinine jusqu'au musc et à l'acétate d'ammoniaque, en passant par les potions alcooliques, sont donnés concurremment, mais disons aussi que dans ces conditions la vie est si terriblement menacée, que bien rarement on verra le patient en réchapper.

TRAITEMENT DE LA RECTITE

D'Ormay, en faisant connaître la rectite dysentérique, a naturellement complété son enseignement par la thérapeutique ; et c'est, peut-on dire, le succès de cette thérapeutique qui a fait cesser tous les doutes opposés à son opinion, car on lui voyait guérir en Cochinchine même, sans difficulté et d'une manière solide, des atteintes qui jusque-là avaient présenté une résistance insurmontable aux traitements mis en usage. La connaissance de cette rectite a éclairé, ai-je dit déjà, d'un jour très heureux le traitement de toute la dysenterie elle-même, car elle a montré que dans telle circonstance il faut agir seulement ou surtout localement, faire une médication topique qui seule peut guérir, alors que toute autre manière de faire serait inutile ou donnerait de mauvais résultats.

Ce que j'ai dit précédemment des altérations locales de cette rectite nous indique bien à priori, d'ailleurs, que le traitement local doit jouer chez elle le rôle prédominant, sinon exclusif. En effet, si l'emploi de certaines substances introduites dans le tube digestif pour rendre les selles plus molles et même liquides pendant un certain temps, peut avoir quelque utilité, cette utilité n'est, on le comprend, que secondaire, puisque leur rôle se borne uniquement à ne pas détruire, par l'action mécanique des selles dures au moment de leur passage, l'action efficace de la médication topique employée directement contre l'affection.

Quand on se trouve en présence d'un cas de rectite, la première

indication est, on le comprend, d'amollir les selles ; par conséquent, on prescrira au malade une alimentation dite relâchante, on s'attachera à rendre les selles pâteuses, sinon liquides, pour la raison précitée qu'il est inutile de reproduire ici. Les aliments qui laissent un résidu abondant, comme les légumes verts, par exemple, entreront pour une large part dans le régime, si telle condition étrangère ne vient modifier la situation. De plus, on conseillera l'usage de certains fruits acidules, comme les oranges, pour obtenir ces selles molles. Des préparations de manne seraient à la rigueur de mise ; mais répétons-le, au risque de revenir une fois de trop sur le sujet : ce n'est pas l'action purgative, mais l'action relâchante que l'on cherche. Cette raison fait que les sels de soude ou de magnésie seront laissés de côté, à moins d'indications spéciales.

Il n'est pas mauvais de faire prendre au malade des lavements émollients toutes les fois qu'il commence à éprouver l'envie d'aller à la selle. Ces lavements ont pour but de liquéfier ou ramollir les fécès, et par conséquent ils doivent être pris en petites quantités à la fois, de manière qu'ils ne distendent pas trop l'intestin et ne provoquent pas un impérieux besoin de défécation. Lorsque la selle est faite, il sera bon chez certains individus de donner encore un lavement d'eau pure destiné à laver les parties profondes du rectum, à déterger les ulcérations de la matière fécale qui peut y être restée adhérente. L'utilité de cette petite précaution se comprend si bien d'ailleurs, que nous n'avons pas besoin de nous étendre davantage sur elle.

Ces moyens tout secondaires peuvent, dans plus d'une circonstance, produire la guérison par révolution, avant même que le traitement proprement dit ait été employé ; mais c'est l'exception, et d'ailleurs, quelle que soit l'amélioration constatée de l'état, il faut bien se souvenir que tant que les selles, bien

que moulées, sont entourées d'une quantité anormale de mucus, on doit considérer que la rectite n'est pas guérie, et le sujet ne doit pas cesser le traitement. Nombre de fois, en effet, j'ai vu des individus arriver à cette période qui semblait être la guérison bien établie, car les selles étaient régulières, moulées normales, en un mot, mais seulement un peu plus lubréfiées que de coutume par un mucus incolore ou blanchâtre, revenir quelques jours après leur sortie de l'hôpital dans un état où tout était encore à recommencer.

Les lavements émollients, s'ils ont, par leur action de lavage, une action utile de détersion et de sédation de l'irritation locale, sont néanmoins le plus souvent impuissants, et pour guérir les ulcérations plus ou moins profondes de la rectite, les lavements astringents ont été mis en usage. Depuis la solution de tannin, de zinc, d'alun, jusqu'au perchlorure de fer, il y a, on le comprend, une gamme qui peut passer par de nombreuses gradations.

Donnerons-nous des formules? C'est inutile à mon avis. L'alun, de 1 à 2 grammes jusqu'à 5 et 8 grammes pour 200 grammes d'eau; le tannin, de 1 à 4 grammes, les extraits de ratanhia, cachou, simarouba, l'écorce de chêne, de palétuvier, etc. etc., peuvent être mis en usage; il suffit de ne pas commencer par des doses trop élevées, car la sensibilité de la muqueuse rectale est assez grande, et il importe de la ménager. Aussi, dans le début, l'adjonction de narcotiques aux astringents peut avoir son utilité. En outre, on se souvient que j'ai dit qu'il faut éviter que ces lavements ne constipent le sujet, de peur que l'action topique des selles ne soit nuisible à la guérison des ulcérations rectales.

C'est en général par les injections de plus en plus astringentes que l'on commence le traitement de la rectite; mais il y a un autre moyen qui fournit parfois de bons résultats, je veux

parler du lavement au nitrate d'argent. J'en ai retiré les meilleurs effets ; aussi, malgré que ce moyen soit assez douloureux, j'y recours volontiers dans maintes circonstances. Les lavements au nitrate d'argent se font à la dose de 1 à 2 grammes pour 120 grammes d'eau distillée ; je n'emploie pas la formule de Delioux, parce qu'il me paraît irrationnel de neutraliser dans la seringue la majeure partie de l'action du sel argentique par cette adjonction d'albumine. Je me sers d'une seringue en verre, afin que la réduction du sel d'argent sur les parois de l'irrigateur ne fasse pas un étamage de l'instrument au détriment de l'action thérapeutique.

Il est assez rare qu'un seul lavement au nitrate d'argent suffise, il faut en général en prescrire plusieurs jours de suite. Je n'en donne cependant qu'un par jour, pour ne pas irriter les parties outre mesure. Je n'ai pas besoin de théoriser longuement sur l'action du sel argentique dans le cas qui nous occupe ; c'est celle de la *pierre infernale* sur les plaies, ni plus, ni moins.

D'Ormay soignait topiquement la rectite de la manière suivante : un *speculum ani* mettant à nu les ulcérations, il les essuyait minutieusement de tout corps étranger à l'aide de pinceaux ou même d'un lavage poussé par un irrigateur, puis il humectait ces ulcérations avec une solution d'iodure de potassium à 4 gr., pour 30 gr., et enfin il appliquait aussitôt après, à l'aide d'un pinceau, une solution concentrée de perchlorure de fer. Il se formait une eschare sèche sous laquelle on trouvait les ulcérations avec une surface rosée, qui guérissait alors comme une plaie simple.

La rectite présente une résistance plus ou moins grande aux moyens de traitement, suivant les sujets et les époques ; j'en ai vu céder aux moindres moyens, guérissant même sans soins d'autres, au contraire, résistaient aux moyens les mieux com-

binés et les plus variés. Aussi ne peut-on pas dire que tel moyen plutôt que tel autre doive être préféré ; c'est en les essayant successivement et comparativement qu'on voit celui qui réussit le mieux suivant le moment ou le sujet.

D'Ormay employait, ai-je dit, fréquemment le speculum ani dans la rectite dysentérique, tant comme moyen de diagnostic que pour aider à la thérapeutique. D'après ses indications je recours souvent à l'exploration directe, pour peu que la maladie résiste aux moyens dirigés contre elle. Je n'ai pas besoin de dire avec quel ménagement il faut introduire l'instrument pour éviter des douleurs au sujet. Le speculum permet le plus souvent de voir les ulcérations qui entretiennent la sécrétion morbide, et on panse alors ces ulcérations absolument comme les plaies et les ulcères : cautérisation au nitrate d'argent, au perchlorure de fer, à la teinture d'iode ou à tel autre caustique superficiel indiqué ; application topique de poudres, pommades, etc. etc., astringentes, narcotiques, etc. etc., plumasseaux, tentes, mèches, etc. etc. En un mot, c'est une médication toute locale qui doit être faite avec précision et méthode ; elle a souvent les meilleurs effets, aussi, je le répète, il faut y recourir pour peu que la maladie résiste aux premiers moyens employés avec moins de précision.

On peut, dans l'intervalle des cautérisations pratiquées avec ou sans le speculum ani, faire des injections émollientes ou détersives. On s'est bien trouvé d'injecter alors du liniment oléo-calcaire, si utile parfois dans les brûlures. Le lait de sous-nitrate de bismuth, que Caby a préconisé contre l'uréthrite, peut donner de bons résultats. Enfin ajoutons que les suppositoires, les mèches enduites de calmants ou de légers astringents quand l'irritation a bien disparu, sont de bons adjuvants.

Le lecteur voit toute l'importance du traitement topique et local dans la rectite ; il comprend que comme dans les plaies,

les ulcères, les écoulements uréthraux, car la rectite a plus d'une ressemblance avec eux, c'est plus la manière d'employer les médicaments que leur action propre qui guérit, on peut dire.

Disons en finissant que lorsque la rectite marche vers la dysenterie, les indications changent, et les antidysentériques se présentent alors comme dans cette dysenterie, au traitement duquel nous renvoyons au besoin le lecteur.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE

L'occupation de la Cochinchine par nos troupes et nos équipages ayant multiplié d'une manière tout à fait inusitée les cas de diarrhée chronique des pays chauds, qu'on a appelée et qu'on appelle encore le plus souvent aujourd'hui diarrhée de Cochinchine, a fixé les idées sur le traitement des flux chroniques du ventre, et jeté un jour très heureux sur maintes opinions qui avaient suscité des discussions restées sans solution. En effet quand on lit les études sur la dysenterie faites par les auteurs des époques antérieures à la nôtre, on voit des prescriptions sur lesquelles on était loin d'avoir une opinion arrêtée il y a quelques années, et sur le compte desquelles on sait très bien à quoi s'en tenir aujourd'hui.

Je vais dire ce qu'il faut faire dans les cas très graves de diarrhée chronique des pays chauds, il en découlera naturellement ce qu'il faut prescrire dans les cas moyens, et enfin dans les cas légers. J'arriverai, je crois, de cette manière à fournir quelques indications pratiques utiles à ceux de mes jeunes camarades qui débutent dans la pratique.

1° *Cas grave de diarrhée chronique.* — Lorsque je me trouve en présence d'un cas de cette nature : je commence naturellement par examiner d'un coup d'œil rapide tout l'individu ; c'est ainsi que je m'enquiers de l'âge, du lieu de naissance, de

la durée du séjour dans les pays où il a contracté la maladie, de l'époque de l'invasion, et, comparant ces divers termes de la question à l'état de délabrement physique de l'organisme, j'en déduis la gravité de l'atteinte, c'est-à-dire un premier point dans la question des chances de guérison, en d'autres termes de pronostic.

L'examen du malade étant fait, je demande à voir les selles, et je ne fais en général de prescription, ou au moins de prescription vraiment médicamenteuse, qu'après avoir vu ces selles avec un certain soin.

L'examen des selles me montre du premier coup si les aliments sont ou non digérés, et très généralement je prescris dans le premier moment deux ou trois litres de lait additionné de 60 gr. d'eau de chaux, et 20 ou 30 gr. de sirop d'opium pour le premier nycthémère; les 60 gr. d'eau de chaux sont mis dans une bouteille à part et pris séparément, c'est-à-dire seulement si besoin est. Le lendemain du jour où le sujet n'a pris que du lait, je puis mieux qu'avant apprécier l'état des selles et, par conséquent, l'étendue des lésions, ou, si on aime mieux, la gravité de la maladie; c'est qu'en effet, quand le sujet avait eu une alimentation plus complexe, ou bien avait pris du sous-nitrate de bismuth, des préparations astringentes, il était difficile, parfois impossible même, de se rendre un compte exact de la situation.

L'individu ayant donc pris du lait seulement la veille, ses selles se présentent en général à mes yeux dans un des huit aspects différents :

1° Liquides, grises, sans grumeaux, séreuses, pour me servir du mot consacré;

2° Liquides, brunâtres, tirant sur le jaune-ocre très foncé ou verdâtre, bilieuses en d'autres termes ;

3° Liquides, de couleur gris blanchâtre avec des petits cor-

puscules verdâtres plus ou moins abondants, véritables *épinards hachés*, comme on dit ;

4° Liquides, surnagées par une substances boursouflée blanche ou jaunâtre assez semblable à des œufs battus, et mieux encore, à une omelette soufflée.

5° Cet aspect d'omelette soufflée avec coloration verte plus ou moins accusée ;

6° Liquides, grises, avec un peu de sang, disposé absolument comme si on avait fait cracher un pneumonique au milieu d'une selle liquide ;

7° Boursouflées avec plusieurs îlots de sang mêlé comme dans la dysenterie aiguë.

On trouvera peut-être que j'ai augmenté à plaisir le nombre des cas qui peuvent se présenter, et cependant je dois dire au lecteur que j'ai laissé de côté plus d'une variété qui fait la transition d'un aspect à un autre, et, d'autre part, j'ajouterai que ces distinctions qui paraissent minutieuses de prime abord ont néanmoins leur grande importance. Je suis certain que si j'ai obtenu quelques succès dans ma pratique, c'est seulement parce que j'ai été bien pénétré de la grande nécessité qu'il y a, pour le traitement, de tenir un compte très exact de ces divers aspects.

1° Les selles sont liquides, de couleur gris très clair et sans grumeaux, c'est le cas le meilleur, à mon avis ; je prescris alors trois ou quatre litres de lait à prendre en vingt-quatre heures, une potion avec 30 grammes de sirop d'opium. De plus, j'ai fait donner à la sœur du service, ou bien à l'infirmier-major de la salle, un litre d'eau de chaux, vingt paquets de 0, 25 centigrammes de magnésie calcinée, et un litre d'eau additionnée de laudanum, de telle sorte qu'une cuillerée à bouche (20 gr.) contienne deux gouttes du liquide hypnotique de Sydenham ; et je fais la recommandation suivante : Si le malade se plaint de

gargouillements de ventre, de développements gazeux de l'estomac, alterner une cuillerée à bouche d'eau de chaux et un paquet de magnésie calcinée de dix minutes en dix minutes, jusqu'à concurrence de quatre cuillerées d'eau de chaux, et de 1 à 2 grammes de magnésie par jour ; si, au contraire, il y a de la douleur gastralgique ou entéralgique, donner de l'eau laudanisée jusqu'à concurrence de huit gouttes de laudanum, c'est-à-dire quatre cuillerées. En mélangeant ces moyens on arrive très bien, en général, à provoquer la tolérance vis-à-vis du lait chez neuf sujets sur dix.

Lorsqu'on a fait cela pendant un jour ou deux, je donne volontiers 30 gr. de sulfate de soude dans 100 gr. d'eau à prendre en quatre fois dans le courant de la journée. Le lendemain, 25 gr., ainsi de suite, jusqu'à 5 gr. seulement, à mesure que l'amélioration se produit. Notons que j'ai continué à donner parfois le sulfate de soude à la dose de 5 à 10 gr. pendant huit, dix, quinze jours après que la convalescence paraissait bien établie, et j'ajouterai que loin de provoquer ainsi des selles liquides, je les rendais plus solides, au point qu'elles étaient parfaitement moulées.

Il est fréquent que les purgations journalières au sulfate de soude produisent une amélioration notable en peu de jours et arrivent peu à peu à densifier les selles jusqu'à les rendre moulées. D'autres fois même, ces selles restent liquides pendant les dix à quinze jours où l'intestin est soumis à ces purgations régulières ; si bien que lorsqu'on cesse l'emploi du sulfate de soude, on voit les excrétions se modifier peu à peu et arriver à être bientôt plus ou moins moulées.

Mais cependant, dans quelques cas aussi, on sent qu'on n'a pas de prise sur la maladie. Il faut alors, quand on a insisté suffisamment sur les lavements au sulfate de soude,

recourir à l'ipéca, et la formule la plus facile à faire tolérer est celle-ci : 1 ou 2 gr. de poudre d'ipéca, et 10 centigr. d'extrait gommeux d'opium à partager en dix pilules, prendre une de ces pilules d'heure en heure, si elles ne provoquent pas de nausées. On les éloigne l'une de l'autre dans le cas contraire, de manière que le sujet ne soit pas sous l'imminence du vomissement, tout en tâchant de lui en faire prendre le plus grand nombre possible dans les vingt-quatre heures.

J'ai continué chez certains individus cet ipéca pendant cinq, huit, dix, quinze, vingt jours, et j'ai obtenu plus d'une fois, par son secours, des améliorations remarquables menant le sujet à la guérison prochainement. Ajoutons pour mémoire que je me trouvais très bien de donner 30, 20 ou 15 gr. de sirop d'opium tous les soirs pour provoquer le sommeil, et que je faisais prendre chaque jour un ou deux quarts de lavement avec la décoction de 8 ou 4 gr. de racine d'ipéca jusqu'au moment où les selles étaient très convenablement densifiées. Que l'on donne le sulfate de soude, l'huile de ricin ou l'ipéca par la bouche, il est deux détails importants qu'il ne faut pas négliger dans le traitement de la diarrhée chronique : *A.* Cest, d'une part, l'usage des potions opiacées pendant la nuit ; *B.* Les lavements modificateurs ; je donne, en général, ces deux agents à tous mes malades, quel que soit le traitement prescrit par ailleurs, et, après avoir fait de longues et nombreuses observations sur ce petit point de la thérapeutique, je suis arrivé à penser qu'ils ont une utilité du premier ordre ; c'est au point que je crois devoir insister d'une manière toute spéciale sur leur compte.

A. Potion opiacée. — Quelle que soit la quantité d'opium que le sujet prend dans la journée sous forme d'eau laudanisée, par exemple, ou bien sous forme d'extrait gommeux d'opium entrant dans la confection des pilules d'ipéca, je prescris une

potion opiacée pour la nuit. C'est en particulier le sirop d'opium que j'administre ; la sœur du service ou bien l'infirmier-major surveillent l'administration de cette potion nocturne de sirop d'opium, qui n'est donnée que cuillerée par cuillerée, de manière à ne pas provoquer un narcotisme dangereux. J'ai vu certains sujets arriver à prendre 15 à 20 centigr. d'opium dans les vingt-quatre heures, de cette manière, sans éprouver aucun accident d'hypnosie, tandis que l'état de leur intestin s'améliorait d'une manière très remarquable. Il ne faut pas oublier que ce sont des cas exceptionnels et, en outre, que je parle d'hommes adultes et non de femmes ou d'enfants. D'ailleurs, en faisant exercer et exerçant soi-même une surveillance exacte et rigoureuse du sujet, on se met dans les conditions nécessaires pour empêcher des accidents.

B. Lavements médicamenteux. — Les lavements médicamenteux sont un puissant adjuvant du traitement de la diarrhée chronique, je l'ai constaté un si grand nombre de fois que je crois pouvoir être très affirmatif à cet égard. Lorsque je donne du sulfate de soude, de l'huile de ricin ou de l'ipéca par la bouche, je prescris très généralement un, deux, et jusqu'à quatre quarts de lavements médicamenteux par jour ; ces lavements contiennent 20 gr. de sulfate de soude pour 200 gr. d'eau, ou bien une infusion de décoction de 4 à 8 gr. de racine d'ipéca dans la même quantité d'eau. Assez généralement je donne un lavement sodique, si on ingère du sulfate de soude, un lavement à l'ipéca, si on ingère de l'ipéca ; mais, plus d'une fois, je n'ai pas observé rigoureusement cette règle sans m'en trouver plus mal. Je continue ces lavements médicamenteux jusqu'à ce que les selles soient assez solides, moulées même, et je crois que le sulfate de soude ou l'ipéca ont sur le gros intestin un effet meilleur que les divers astringents employés communément.

2° *Selles liquides brunâtres, tirant sur le jaune-ocre foncé,*

ou verdâtres, selles bilieuses, en un mot. — Lorsqu'un individu est dans ces conditions, je me suis très bien trouvé, en général, d'insister sur les purgatifs, et en particulier sur l'huile de ricin, pendant deux, trois, cinq et six jours même; souvent alors j'ai donné une, deux ou trois fois 30 gr. d'huile de ricin émulsionnée, puis une ou deux fois 25 gr., puis 20, puis 15 gr.; pendant ce temps je tenais le sujet au lait pur additionné d'eau de chaux ou d'autres alcalins, et en déblayant, pour ainsi dire, le foie de ses produits biliaires, j'arrivais à mettre le sujet dans les conditions de la catégorie précédente.

3° *Selles liquides, de couleur gris blanchâtre, avec des corpuscules verdâtres plus ou moins abondants, véritables épinards hachés, pour nous servir de l'expression consacrée.* — Il arrive souvent que les selles prennent ce caractère quand l'individu, qui était dans la catégorie précédente, voit son état s'améliorer un peu. Pour ma part, en présence de cette coloration des selles, je pense qu'il y a indication d'évacuer la bile, et je donne, avec une insistance très grande, les purgatifs : huile de ricin émulsionnée au bout de trois ou quatre jours, sulfate de soude pendant trois ou quatre jours, puis je reviens encore à l'huile de ricin; donnant 30, 25, 20 gr. d'évacuant, suivant l'état d'intensité de coloration.

4° *Selles liquides surnagées par une substance boursouflée blanche ou jaunâtre assez semblable à des œufs battus ou à une omelette soufflée.* — Lorsque les sujets présentent ces excrétions, j'estime qu'ils sont plus gravement atteints que dans les cas précédents, car c'est parce que le lait n'est pas digéré qu'il passe ainsi dans les selles. Je cherche alors à avoir des selles plus franchement séreuses, et c'est par les moyens précédemment indiqués que j'y arrive quand l'amélioration est possible; seulement, c'est en tâtonnant que j'y parviens; ainsi, jessaye tour à tour le sulfate de soude, l'huile de ricin, l'ipéca en

pilules, en potion à la brésilienne, cherchant, quand j'emploie l'ipéca, à ne pas obtenir le vomissement. Les lavements sont ici plus que jamais les moyens auxquels je recours, soit qu'ils contiennent du sulfate de soude ou de l'ipéca.

5° *Même aspect que les précédentes, avec une coloration verte plus ou moins accusée.* — Lorsque les selles contiennent les particules vertes dont j'ai parlé déjà, c'est qu'elles sont très bilieuses; j'y vois l'indication de la persistance dans l'emploi des purgatifs, et je donne assez volontiers alors pendant deux, trois, quatre jours de suite de l'huile de ricin émulsionnée à 30, 25, 20 gr., revenant au sulfate de soude, à l'ipéca, pour donner ensuite de nouveau de l'huile de ricin. L'alimentation est uniquement lactée dans ces cas, et ce n'est que lorsque les selles sont très améliorées que je permets le pain, les œufs, la viande, à moins que je ne me trouve dans ces cas dont j'ai parlé, où il m'est bien prouvé que le régime lacté n'est pas bien toléré dans l'organisme, cas auxquels je suis bien forcé de donner le jus de viande, œufs, poisson, etc. etc.

6° *Selles liquides, grises avec un peu de sang disposé absolument comme si on avait fait cracher un pneumonique au milieu d'une selle liquide.* — Dans le cas présent, je diagnostique soit une rectite concomitante, soit un peu de recrudescence dysentérique au courant de la diarrhée chronique. Si c'est la rectite qui me paraît exister, je donne des lavements topiques au nitrate d'argent, au perchlorure de fer, à l'alun, au tannin pour la guérir, et dans ces cas je prescris, par exemple, ces lavements le matin, le lavement au sulfate de soude le soir; si, au contraire, c'est une recrudescence de dysenterie, je recours volontiers à l'ipéca en potion ou en pilules, pendant que, par ailleurs, les lavements et le régime lacté viennent concourir au même but.

7° *Selles boursouflées, comme je viens de le dire, contenant*

plusieurs îlots de sang. — Cet état n'est, en somme, qu'une aggravation du précédent, et, par conséquent, il lui est tout à fait comparable; bien plus, ce qui est conseillé pour le précédent est de mise ici avec une persistance et une activité d'autant plus grandes. Les alcalins, les opiacés doivent ne pas être négligés pour favoriser la digestion du lait, et si, après plusieurs jours de persistance, on voit que le malade se dénourrit de plus en plus, il est indiqué, comme je l'ai dit à plusieurs reprises déjà, de laisser le lait et de prescrire par tâtonnements l'alimentation qui sera la mieux supportée.

8° *Selles liquides, séreuses, grisâtres, avec du sang mêlé comme dans la dysenterie aiguë.* — Le lecteur comprend du premier mot ici que c'est une véritable rechute de dysenterie aiguë, par conséquent je le renvoie au traitement de cette dysenterie aiguë, et il reviendra à celui de la diarrhée chronique lorsque la poussée phlegmasique sera dissipée.

TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE CHRONIQUE

Après ce que j'ai dit précédemment, je puis traiter de la thérapeutique de la dysenterie chronique d'un seul mot, il me semble : lavements au perchlorure de fer, au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, à l'alun, aux divers astringents comme dans la rectite; traitement lacté, emploi des médicaments indiqués dans la diarrhée chronique, voilà la marche à suivre : entrer dans de nouveaux détails à ce sujet, serait donner sans raison une longueur trop grande à mon étude.

N'oublions pas d'ajouter que dans certains cas rebelles j'ai fait arriver les lavements au sulfate de soude, à l'alun, à l'iode, au nitrate d'argent, etc. etc., jusqu'au-dessus de l'S iliaque à l'aide d'une longue canule en caoutchouc, et j'ai obtenu ainsi un effet curatif que les lavements pris avec la canule ordinaire ne pouvaient procurer.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LE TRAITEMENT DES FLUX DE VENTRE.

Si on a voulu réfléchir un peu en lisant ce qui précède, on verra que les moyens que j'ai préconisés pour tous les flux de ventre, quels qu'ils soient, sont assez limités, bien plus, sont toujours les mêmes ou à peu près. J'ai un petit nombre d'agents auxquels je recours, et ils sont un peu disposés comme un cercle dans lequel je reste obstinément, passant, suivant les circonstances, de l'un à l'autre, du faible au fort, du fort au faible, d'après les besoins du moment.

Je crois devoir résumer ce que j'ai dit déjà tant de fois, car je suis persuadé que mes jeunes camarades, en se pénétrant bien des idées qui m'ont dominé, atteindront les résultats si favorables que j'ai eu le bonheur d'obtenir dans ma pratique des flux de ventre des pays chauds : La thérapeutique de tous les flux de ventre se divise en deux portions : *A*. Régime alimentaire; *B*. Traitement médicamenteux.

A. *Régime alimentaire.* — C'est le lait qui en fait la base, lait de vache ou de chèvre, de vache de préférence, pris de telle sorte qu'il soit digéré, et pour cela on a, en le chauffant ou en le refroidissant, en l'additionnant d'eau de chaux, d'eau de Vichy, en prenant concurremment de la magnésie calcinée, de l'eau laudanisée, du sirop d'opium, on a de puissants moyens d'obtenir la tolérance. En montant jusqu'à cinq litres par jour, on peut très bien nourrir un individu pendant des semaines et le voir augmenter de poids; il faut bien être persuadé de cette particularité, car beaucoup sont portés à croire que le sujet se dénourrit quand il ne prend que du lait.

Je n'ai pas ici à faire l'historique de ce traitement lacté ; mais, en revanche, je dirai que j'ai eu, au Sénégal, à la Martinique, et surtout dans le vaste hôpital de Saint-Mandrier, dont j'ai dirigé le

service médical pendant dix-huit mois, l'occasion de voir un assez grand nombre de malades atteints de flux de ventre chroniques pour avoir sur les divers moyens de traitement et en particulier sur les diverses variantes du régime lacté, une certaine expérience. Or, aujourd'hui mieux que précédemment, je puis dire pour ma part, me basant sur les essais de mes camarades comme sur les miens propres, que le régime lacté est encore le meilleur moyen de traitement que nous connaissions. J'ai vu, sous l'influence de ce régime lacté, les cas légers disparaître avec une facilité remarquable, les cas moyens céder d'une manière très heureuse autant que solide, et un très grand nombre de cas graves guérir d'une façon tout à fait inespérée.

En général, je prescris, au début, le lait tout pur, sans pain, ni œuf, ni fromage, combattant les gaz intestinaux, les éructations, les gargouillements avec des alcalins et de l'opium, et maintes fois, après que la médication avait fait cesser les premiers accidents, j'ai vu, par la persistance de ce régime, les selles s'améliorer, et peu à peu la convalescence se produire ; je suis donc d'avis qu'il faut d'abord chercher, par la sévérité du régime lacté, à obtenir de meilleures selles dans le cas qui nous occupe. Je dois cependant dire au lecteur que, dans quelques cas de diarrhée chronique, j'ai vu l'état rester mauvais, le malade s'affaiblir par ce traitement lacté sévère, et alors il m'est arrivé de prescrire des œufs, du jus de viande, de la viande crue ou du poisson, et, chose remarquable, il est survenu plus d'une fois, sous l'influence de cette modification du régime, une amélioration que j'avais vainement cherchée d'une autre manière. D'ailleurs, ce n'est pas par le nombre des moyens thérapeutiques, mais par un emploi successif de tel ou tel dans un petit cercle d'agents, qu'on arrive à obtenir des guérisons qui paraissent difficiles, impossibles même, et souvent il arrive que tel moyen qui avait échoué une première

fois, réussit quand on y revient après avoir essayé autre chose sans succès. C'est plus par l'habileté du médecin que par la variété des médicaments que la diarrhée chronique guérit. Mais ajoutons quelque chose de très important : c'est plus encore par la sage conduite du malade que par l'habileté des médecins ou l'efficacité des médicaments, que la guérison se produit ; ce point est important, capital, et je ne crains pas de dire que les chances de succès sont aussi grandes, quelle que soit la gravité de l'atteinte, lorsque le sujet fait son traitement et suit son régime avec attention ; qu'elles sont minimes, même en présence d'une atteinte légère, lorsque le malade est imprudent, intempérant ou manque de persistance pendant la durée de son traitement.

Le régime lacté aussi pur que possible doit être continué aussi longtemps que le sujet peut le supporter, et s'il peut arriver jusqu'aux selles moulées sans prendre autre chose que du lait, j'estime que sa guérison sera d'autant plus complète et d'autant plus solide. Que les selles soient entièrement moulées, ou bien qu'elles soient très bien modifiées déjà, le régime lacté doit être cessé avec le plus de ménagements possible. C'est ainsi, par exemple, que je prescris d'abord quelques miettes de pain à tremper dans le lait chez les uns ; chez d'autres, au contraire, je donne un œuf, puis deux œufs à la coque et presque crus à avaler sans pain tout d'abord. Le pain doit être pris toujours en faible quantité, surtout au début, puis on augmente un peu sa proportion, puis on peut joindre au pain un peu de fromage de Gruyère. Je ne saurais trop appeler l'attention sur l'emploi de ce fromage, j'ai rencontré bien des objections théoriques à son emploi, mais je dois dire que pas un de ceux qui m'ont vu le prescrire n'a pu constater un mauvais résultat ; bien plus, tous ont été convaincus de son utilité après peu de jours. On ne saurait croire avec quel plaisir la plupart des malades mangent

ce fromage; j'ai pu, grâce à lui, tenir pendant deux semaines de plus des individus au régime lacté, alors qu'ils croyaient en être dégoûtés déjà d'une manière invincible.

A mesure que j'augmente le pain, le fromage et les œufs, je puis diminuer la quantité de lait, et même alors que le sujet est arrivé au poisson, à la viande rôtie, aux pommes de terre ou au riz, je lui fais prendre encore un litre de lait par jour si la répugnance n'est pas trop grande. On le voit, je fais du lait la base de l'alimentation de celui qui a un flux de ventre. Je lui en prescris autant qu'il en peut prendre et aussi longtemps que la tolérance de son estomac le permet. Aussi tard que possible, je donne un peu de bière comme liquide alcoolique, et enfin je n'emploie le vin que tout à fait à la fin, lorsque la guérison est solide, car plus d'une fois j'ai vu une convalescence mal tourner rien que par l'emploi prématuré de cette bière ou de ce vin. On comprend donc que j'emploie toujours le lait de préférence quand je puis, mais il arrive parfois que je trouve des sujets ayant une répugnance invincible pour lui, et alors force m'est de donner d'autres aliments. D'ailleurs, la situation n'est pas désespérée encore, quoique les conditions soient infiniment plus mauvaises, et, dans plus d'un cas, j'ai vu la guérison survenir malgré l'emploi d'aliments ordinaires : jus de viande, viande crue, viande grillée, féculents légers, comme le riz et les diverses pâtes alimentaires.

Il arrive assez fréquemment, malheureusement, que les malades ne veulent ou ne peuvent réellement pas se faire au régime lacté, de sorte qu'on ne peut les faire bénéficier de ce traitement si efficace le plus souvent. Dans ces cas de résistance du malade aux prescriptions du médecin, il y a des distinctions à faire : ainsi, dans nombre de circonstances, le refus vient d'une répulsion raisonnée. C'est tantôt un parti pris d'obstination ayant pour cause une sorte d'amour-propre mal placé,

car il est bien des individus qui trouvent que le vin est la boisson virile, tandis que le lait étant la boisson des femmelettes, ne peut leur être présenté.

D'autres fois, les malades ne veulent pas du régime lacté parce que la croyance populaire est qu'il donne le dévoiement, et qu'ils sont persuadés que leur dysenterie est entretenue par lui. Dans ces deux cas, il faut savoir amener le sujet à l'obéissance, soit par le raisonnement, soit par l'influence morale que doit exercer toujours le médecin sur celui qu'il soigne; mais il ne faut pas oublier que bien des fois la répulsion pour le régime lacté est basée sur quelque chose de plus réel que l'amour-propre ou l'idée préconçue, qu'il est le résultat d'une véritable révolte de l'organisme contre une boisson qui ne lui convient pas. Ainsi, il m'est arrivé bien des fois que, malgré la ferme volonté qu'avaient certains sujets, convaincus de l'utilité du moyen, soit parce qu'ils étaient assez instruits et intelligents pour avoir une opinion personnelle sur le régime lacté, soit parce qu'ils croyaient fermement en mes paroles, il m'est arrivé, dis-je, bien souvent, que certains individus très disposés à suivre le régime lacté ont été obligés de l'abandonner, vaincus qu'ils étaient, soit par la nausée, soit par le vomissement, soit par la diarrhée, l'indigestion, et, dans nombre de ces cas, l'opium, les alcalins, tous les moyens thérapeutiques usités en pareille occurrence sont restés impuissants.

Il n'est pas possible de tracer des règles précises, on le comprend, pour cette alimentation dans les flux de ventre, mais cependant le médecin comprend sans peine, d'après ce que je viens de dire, quelle conduite il doit tenir dans ses prescriptions : lait d'abord, puis, lorsqu'il y a une amélioration sensible, lait et œuf; lait, œuf et un peu de pain, de fromage, jusqu'à amélioration bien marquée. Alors : poisson, bière. Quand on a déjà beaucoup gagné : viandes blanches, puis ordinaires, et enfin,

vin comme moyen terminal, voilà la gamme qui produit d'autant meilleur effet, que l'on a pu la parcourir de la manière la plus ménagée et la plus régulière.

2° *Médicaments.* — Le sulfate de soude, l'huile de ricin, l'ipéca, voilà les trois médicaments qui m'ont donné de bons résultats, à condition de les donner avec persistance, méthode, en agissant concurremment par la bouche et par le rectum, et enfin en les faisant accompagner de préparations opiacées. Je ne saurais trop insister, comme je l'ai dit précédemment, sur la nécessité de faire prendre des lavements deux, trois ou quatre fois par jour dans le traitement de la diarrhée, de la dysenterie comme de la rectite, et de la nécessité aussi de donner des préparations opiacées pour provoquer le repos et diminuer le nombre des selles pendant la nuit.

Ceci étant dit, j'ajoute que le sulfate de soude, l'huile de ricin, l'ipéca constituent une gamme dont le sulfate de soude me paraît le plus léger agent, et tantôt avec l'un, tantôt avec l'autre de ces médicaments, j'ai vu l'amélioration se produire. La persistance est une des conditions de la réussite pour les médicaments comme pour l'alimentation lactée, et je dirai au lecteur que maintes fois il m'est arrivé de donner un des agents médicamenteux précités, pendant plusieurs semaines, sans discontinuer un seul jour.

TRAITEMENT DU TŒNIA QUI VIENT COMPLIQUER LES FLUX DE VENTRE

Pour ne pas donner une étendue trop grande à mon travail, je renvoie le lecteur aux divers mémoires que j'ai publiés de 1878 à 1881 dans le *Bulletin de thérapeutique* sur le traitement du tœnia; il y verra qu'aujourd'hui le tœniafuge le plus fréquemment employé et incomparablement le plus efficace est le tannate de pelletiérine, qui, lorsqu'il est employé avec soin, ex-

pulse le ver dans des proportions absolument inconnues avec les autres médicaments.

Pour expulser dans la proportion de neuf succès sur dix tentatives le tœnia, il faut soumettre le sujet tout un jour au régime lacté, puis le lendemain matin à 6 heures lui donner une infusion de dix grammes de feuilles de séné dans cent grammes d'eau additionnée de 30 gr. de sirop d'écorces d'oranges amères. — A 7 heures, il prend la moitié de la dose de pelletiérine. — A 7 heures et demie la seconde moitié. — A 8 heures enfin, il ingère 30 gr. d'huile de ricin émulsionnée avec 20 gr. d'alcool de menthe et 20 gr. d'eau sucrée. — Le sujet est resté couché et avec les yeux fermés pour éviter les nausées depuis le début de l'ingestion de la pelletiérine, et dès 9 heures on lui donne des lavements purgatifs et des lavements émollients de demi-heure en demi-heure jusqu'à l'expulsion du parasite.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS HÉPATIQUES DE LA DYSENTERIE

Lorsque la complication hépatique se manifeste, il faut chercher à tout prix à éteindre la réaction du foie si on ne veut pas s'exposer à voir survenir prochainement un abcès qui aggravera terriblement la situation. Mais le médecin est-il bien puissamment armé dans ce cas pour obtenir ce qu'il désire? Hélas! non, et trop souvent il assiste impuissant à une évolution morbide plus forte que ses moyens de lutte ne sont efficaces.

Le traitement de l'hépatite est assez facile à formuler. Il n'est pas très compliqué au premier coup d'œil; les indications en semblent simples, et cependant nous devons avouer que le médecin est grandement désarmé devant l'affection. En effet, si, dans les atteintes légères, si dans les premières manifestations aiguës de la maladie, la thérapeutique semble avoir une

efficacité très heureuse, il n'en faut pas moins avouer que trop souvent l'affection que l'on a crue un moment arrêtée, jugulée, n'en continue pas moins sa marche vers l'aggravation d'une manière sourde, insidieuse autant qu'assurée ; et arrivée à un certain degré de son évolution, lorsqu'elle se manifeste de nouveau par des signes sensibles, elle se joue aussi trop souvent de nos efforts, de sorte que le médecin assiste, découragé et impuissant, à une œuvre de destruction qu'il n'est pas en son pouvoir d'arrêter ni même de combattre.

On a proposé maints moyens contre l'hépatite aiguë au début, et tous ont paru donner raison à ceux qui les avaient imaginés ; mais n'oublions pas de répéter que, presque toujours, on n'a pas fait cesser la maladie en atteignant les phénomènes primitifs ou apparents d'acuité.

A l'époque où l'école physiologique florissait, les émissions sanguines générales étaient de mise dans le traitement de l'hépatite et ont paru donner de bons résultats, ici comme partout ; mais lorsque la réaction s'est faite, ces bons effets se sont évanouis. En y réfléchissant aujourd'hui sans la passion qui a pesé si longtemps sur le jugement à ce sujet, on est porté à penser que les saignées générales, agissant par la déplétion brusque du système circulatoire, peuvent avoir un bon effet dans certains cas déterminés, c'est-à-dire chez des sujets pléthoriques, atteints d'hépatite aiguë et présentant tous les caractères d'une phlegmasie aiguë sur un organisme très sanguin. Mais, en dehors de ces cas, et remarquons que ces sujets phlegmasiques sont l'extrême exception dans les pays où on observe souvent la dysenterie, on ne voit pas que la saignée puisse avoir de bons effets ; au contraire, prédisposant le sujet à l'anémie dans des pays où les Européens s'affaiblissent toujours sans pouvoir se relever, le plus souvent ces saignées peuvent avoir de fâcheuses conséquences en livrant le

sujet, désarmé pour ainsi dire, à l'influence débilitante du climat.

D'autre part on sait que, même dans la zone tempérée, l'anémie est une des conditions qui favorisent la suppuration du foie; de sorte que, si le sujet y est prédisposé, on voit que les indications de la saignée générale seront assez rares.

Les émissions sanguines locales ont été plus heureuses que les saignées, et, de nos jours encore, on prescrit nombre de fois soit des sangsues, soit des ventouses. Il n'est pas impossible que, dans un temps prochain, les saignées directes du foie ne soient un troisième moyen.

Les sangsues agissent heureusement par la déplétion sanguine qu'elles provoquent; et bien qu'ici, comme en bien des cas, on puisse objecter que la circulation de l'organe que l'on veut atteindre est très distincte, indépendante de la circulation de la paroi du tronc, il faut cependant bien se rendre à l'évidence des faits, qui montrent une amélioration sensible, une détente des plus heureuses suivre de près et presque toujours les applications de sangsues sur le point correspondant à la glande malade.

Que les sangsues agissent comme un moyen simplement révulsif, qu'elles produisent un bon effet en provoquant la déplétion ménagée du système circulatoire général, qu'elles tirent plus particulièrement du sang du voisinage de la partie souffrante, toujours est-il qu'elles donnent de bons résultats; et, jusqu'à ce que nous sachions d'une manière plus précise leur véritable mode d'action, je crois que nous pouvons nous en tenir aux effets que nous croyons constater actuellement et qui sont favorables. Aussi faut-il, à mon avis, quand le sujet présente les attributs d'une certaine vigueur et de la richesse vasculaire commencer le traitement de l'hépatite aiguë par une application de dix à trente sangsues dans le point hépatique :

dans l'hépatalgie, indice ou non de l'hépatite chronique, dans l'abcès du foie, ces sangsues me semblent, en revanche, tout à fait inutiles, et, par conséquent, contre-indiquées.

L'idée d'une déplétion sanguine locale dans un organe atteint de phlegmasie aiguë est certainement rationnelle ; on a vu dans mille cas la soustraction mécanique du sang être un moyen puissamment efficace pour la résolution d'une inflammation. C'est un peu cette idée qui a présidé soit à l'introduction des saignées générales dans les phlegmasies, soit à l'emploi continué avec faveur jusqu'à nos jours des saignées locales ; et il est fort probable que celui qui a mis des sangsues sur un hypochondre malade a cru tirer du sang hépatique, et faire cesser ainsi directement l'hyperhémie qui a paru intimement liée avec l'inflammation. Mais, depuis qu'on s'est aperçu qu'il fallait aller jusqu'au foie lui-même pour atteindre sa circulation, on s'est arrêté effrayé à l'idée d'une pareille pratique, et cependant il n'est pas impossible que ce soit là une opération assez bénigne, dépourvue même de danger d'une part, ayant une certaine efficacité de l'autre.

Dans mon *Étude sur les Maladies des Européens au Sénégal*, j'ai étudié longuement la saignée du foie que j'ai pratiquée et que les médecins de l'Inde ont mise aussi en usage souvent ; j'y renvoie le lecteur pour plus amples renseignements.

Le vésicatoire volant a donné de bons effets dans l'hépatite aiguë et le point hépatique, toujours en vertu de la révulsion qu'il exerce, et il peut se présenter à côté des sangsues avec cet avantage qu'il ne soustrait pas de sang pur, et, par conséquent, qu'il n'anémie pas le sujet.

Les ventouses scarifiées semblent réunir les avantages des sangsues et des sinapismes, sinon du vésicatoire volant ; aussi sont-elles employées par quelques praticiens de préférence aux annélides ; d'autant que le verre à ventouse est toujours à la

portée de la main, tandis que, dans nombre de circonstances, les sangsues font défaut.

Le sinapisme, sur la paroi du tronc qui répond à la douleur, est un bon moyen contre le point hépatique et contre le phénomène douleur de l'hépatalgie.

Ceux qui, comme Thévenot, ont comparé la fréquence de l'hépatite à la rareté des affections pulmonaires dans les colonies, ont fait faire au traitement de l'inflammation du foie un grand pas. Ils ont établi un parallèle entre les symptômes qui devait bientôt solliciter les praticiens à essayer les mêmes moyens thérapeutiques, et depuis longtemps on a employé, sur une vaste échelle, la potion rasorienne à l'émétique ou à l'ipéca dans l'hépatite, comme on l'employait en Europe dans le même temps contre la pneumonie. Or on en a tiré de très bons effets. Pour ma part, j'ai employé un grand nombre de fois cette potion rasorienne dans ma pratique au Sénégal, comme à la Martinique, et j'ai obtenu toujours un amendement des symptômes inflammatoires qu'on eût pu appeler une jugulation. Donc, je signale la potion à 20, 30 ou 40 centigr. de tartre stibié ou à 2 gr. de poudre d'ipéca, si on veut déprimer moins le sujet, à prendre par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure. Mais, pour être dans le vrai, il faut avouer que tous les moyens dirigés contre l'hépatite aiguë ont très rapidement raison des douleurs, produisent une sédation qui paraît très heureuse, mais qui, malheureusement, est sans résultat bien évident sur la marche ultérieure de la maladie.

Haspel et nombre de médecins militaires de l'Algérie ont préconisé le vomitif au lieu de la potion contre-stimulante; je l'ai mis en usage aussi, et nombre de fois mes prédécesseurs y ont eu recours. C'est un moyen moins douloureux qu'on n'est porté à le penser de prime abord, car, dès les premiers spasmes du vomissement, la douleur hépatique diminue et disparaît; il

est assez analogue au moyen précédent, mais lui est inférieur, il me semble, au point de vue de l'efficacité immédiate.

Les purgatifs ont été largement mis en œuvre dans le traitement de l'hépatite, et, pour agir sur l'estomac, sur le foie ou sur l'intestin, on a songé à nombre d'évacuants ; cette idée des purgatifs a même peut-être servi de transition entre d'autres médications de l'hépatite et l'emploi du calomel.

Les purgatifs font, d'une manière générale, un bon effet dans le traitement de l'hépatite, mais tous ne sont pas également indiqués, à mon avis ; ainsi les drastiques qui vont agir sur le gros intestin me semblent tout à fait irrationnels, disons-le, dès le début, car ils augmenteraient la lésion matérielle de la muqueuse intestinale atteinte de dysenterie déjà. L'huile de ricin, la manne, les purgatifs salins constituent d'excellents moyens qui permettent d'agir d'une manière assez variée pour n'avoir pas besoin de recourir soit aux drastiques, soit au calomel.

Lorsque les moyens thérapeutiques opposés à la complication hépatique de la dysenterie ont échoué, ou bien lorsque l'inflammation du foie a été torpide, insidieuse, pour passer plus ou moins inaperçue du médecin, et a cependant évolué, on se trouve en présence d'un abcès du foie qui apporte de nouvelles indications thérapeutiques.

Le traitement de l'abcès du foie diffère suivant le moment où l'on examine le malade, la nature de l'hépatite, dans quelques cas, et surtout le siège de la collection purulente. Je vais m'en occuper en détail ; mais, tout d'abord, je ne saurais trop le répéter au lecteur : les résultats de l'intervention chirurgicale sont si déplorables quand on n'emploie pas la méthode antiseptique d'une manière très attentionnée, les guérisons spontanées sont si heureuses et surviennent parfois d'une manière si inespérée, que je suis d'avis de n'intervenir dans la maladie

qui nous occupe que lorsqu'il est absolument indispensable de le faire. D'ailleurs, après avoir énuméré les divers moyens thérapeutiques, je reviendrai sur ce point.

Je n'ai pas à parler, on le comprend, des moyens médicaux, ce que j'ai dit à propos du traitement de l'hépatite aiguë m'en dispense, et nous supposons donc qu'après leur emploi sans résultat utile, l'abcès est arrivé à se colliger et à faire saillie, ou au moins à ne pas pouvoir passer inaperçu.

J'ai dit tantôt que dans mon *Étude sur les Maladies des Européens au Sénégal*, je me suis longuement occupé des ponctions du foie faites à l'aide d'un trocart capillaire pour établir le diagnostic, j'ai insisté sur l'innocuité de ces ponctions, et j'ai rapporté maintes observations de nature à fixer les idées. Depuis la publication de ce travail, j'ai fait et vu faire cette exploration nombre de fois, sans que jamais il y ait eu la moindre apparence d'accident. Donc je renvoie, je le répète, au passage précité (*Maladies du Sénégal*, t. II, p. 59), sans avoir rien à y contredire; ajoutant que, dans plus d'une circonstance, il faudra désormais se résoudre assez facilement à pratiquer cette petite opération, exempte de danger, avec les trocarts capillaires et les aspirateurs de Dieulafoi ou de Potain.

On a dit que, lorsque l'abcès du foie est arrivé à un certain point de son évolution sans menacer cependant de faire éruption au dehors, il faut l'ouvrir. J'aurai ultérieurement à dire si je partage ou non cette opinion pour tous les cas ou pour quelques-uns seulement. Dans ce moment, je dois énumérer les moyens mis en œuvre pour l'évacuation. Ces moyens se partagent en trois catégories : *A*. La cautérisation; *B*. L'incision; *C*. La ponction.

A chacune d'elles se rattachent divers procédés, que nous allons présenter sous forme de tableau pour les montrer d'un seul coup d'œil.

CAUTÉRISATION. .	*Procédé ancien.* — Cautère actuel. *Procédé de Récamier.* — Potasse caustique à plusieurs reprises.
INCISION. . . .	*Procédé de Begin.* — 1er temps : incision jusqu'au péritoine ; donner le temps aux adhérences de s'établir. — 2e temps : incision. *Procédé de Grave.* — 1er temps : comme le précédent ; laisser faire saillie à la tumeur dans la plaie. 2e temps : comme le précédent. *Procédé de Horner.* — 1er temps : comme le précédent ; suture du foie à la paroi abdominale. *Procédé de Vidal de Cassis.* — 1er temps : incision jusqu'au voisinage du péritoine. — 2e temps : cautérisation potentielle. *Procédé de Cambay.* — 1er temps : comme les précédents. — 2e temps ; ponction au trocart, laisser la canule en place.
PONCTION . . .	*Procédé de Boyer.* — Bistouri étroit. . . . . : Procédé ordinaire ; Aspiration à l'aide d'une ventouse. *Ponction au trocart simple.* : Procédé ordinaire *A ciel ouvert* ou *méthode sous-cutanée.* . . . . . : Aspiration. *Procédé de l'auteur.* Ponction au trocart et cautérisation actuelle du trajet avec ou sans aspiration.

La plupart de ces diverses méthodes et les procédés qui s'y rattachent ne sont pas sans avoir quelques inconvénients ; en effet, la cautérisation actuelle étant à peu près délaissée pour la cautérisation potentielle de Récamier, on peut dire qu'elle exige un temps assez long et, à ce titre, est entachée d'une sérieuse défectuosité, car elle laisse le malade pendant dix à quinze jours sous la menace d'une rupture mortelle du kyste purulent.

L'incision expose peut-être trop à l'inflammation du péritoine et à l'épanchement du pus, sans compter que c'est une opération chirurgicale qui, sans être difficile par elle-même, ne manque pas d'être délicate, parce qu'elle expose à des lésions

vasculaires et nécessite la division des tissus à une certaine profondeur quand le sujet a un peu d'embonpoint. Dutrouleau rapporte (p. 526) un fait de mort par péritonite, à la suite d'une incision d'abcès du foie. La modification de Cambay n'est qu'un palliatif très aléatoire contre l'épanchement; celle de Horner est assez peu heureuse pour être délaissée aujourd'hui.

La ponction, de son côté, est incomparablement plus facile à pratiquer, car c'est une opération très simple, mais elle m'a semblé longtemps menacer très grandement le sujet des immenses dangers de l'épanchement dans le péritoine pendant l'opération par le procédé ordinaire; après, si on a employé l'aspiration.

Comme la simplicité de la ponction au trocart m'avait séduit de prime abord, je cherchai le moyen de faire disparaître les chances d'épanchement du pus dans le péritoine, et j'y arrivai d'une façon très simple : en faisant chauffer à blanc un petit cautère actuel du diamètre du trocart et en le plongeant dans la canule pour l'y laisser éteindre quand le pus a cessé de s'écouler au dehors; voici d'ailleurs la description du procédé.

Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, le point où l'abcès est le plus facilement accessible étant déterminé, on plonge, par une pression continue et lente, un trocart garni de sa canule. Quand on est arrivé dans la poche, on retire le trocart, on laisse écouler le pus simplement au dehors ou on en provoque la sortie à l'aide d'une ventouse ou de l'aspirateur, et, quand le pus a cessé de couler, on introduit, à deux ou trois reprises, un morceau de fil de fer rougi à blanc dans la canule, afin de produire une escharification cylindrique par l'action conductrice de cette canule.

J'ai pratiqué un assez grand nombre de ces ponctions du foie avec cautérisation du trajet pour pouvoir affirmer l'innocuité

de l'opération. J'ai, en outre, eu l'occasion de faire une autopsie qui m'a montré que, par cette cautérisation actuelle du trajet, on établit instantanément des adhérences très solides entre la surface du foie et la paroi abdominale, de sorte que je n'hésite pas à préconiser ce procédé de préférence aux autres dont je me suis occupé précédemment.

J'ai dit tantôt que la ponction m'a semblé longtemps exposée à des dangers d'épanchement; depuis j'ai été porté, par l'examen des faits, à penser que, dès que le pus s'approche de la périphérie du foie, il provoque une irritation dont la conséquence est l'adhérence de la glande à la paroi abdominale dans une assez grande étendue, de sorte que la cautérisation du trajet du trocart me paraît une précaution inutile dans nombre de cas, et je ne me suis décidé à la signaler que pour donner une sécurité de plus à celui de mes successeurs qui craindrait l'épanchement péritonéal.

Il ne suffit pas d'avoir énuméré les procédés d'ouverture des abcès du foie, il faut se demander surtout s'il est opportun, dans certains cas, d'intervenir chirurgicalement ou non. Eh bien, les auteurs qui se sont occupés de la pathologie exotique se rangent, sous ce rapport, en trois catégories. Les uns prétendent qu'il faut agir le plus souvent; les autres disent qu'il ne faut agir que dans quelques cas; les troisièmes conseillent de n'agir dans aucune circonstance; on comprendra facilement la perplexité du médecin qui débute en pareille occurrence.

Chaque partisan d'une des trois méthodes précitées s'appuie sur des raisons qu'il croit très valables et que nous allons énumérer.

A. Les partisans de l'abstention disent que : 1° le pus peut fuser dans le péritoine entre la plaie du foie et celle de la paroi abdominale en cas d'opération; 2° que l'air pénétrant dans le foyer rallume l'inflammation, provoque la décomposition pu-

tride du pus. La première de ces propositions est de peu de valeur, à mon avis, car j'ai constaté par l'examen de plus de cinq cents autopsies que, dans l'immense majorité des cas, des adhérences existent de très bonne heure, de manière à empêcher cet épanchement. Mais la seconde proposition, la fâcheuse influence du contact de l'air sur le pus de l'abcès, est capitale, je crois, et capable de faire rejeter à elle seule toute intervention chirurgicale dans un très grand nombre de cas, le plus souvent même, si on ne peut lui opposer la méthode antiseptique.

B. Les partisans de l'opération disent que, si on laisse évoluer l'abcès sans y toucher : 1° l'abcès peut devenir de plus en plus gros dans quelques cas et finir par faire une véritable poche purulente, une sorte de kyste dans lequel tout le tissu hépatique s'est transformé en pus ; 2° la rupture de l'abcès peut provoquer une péritonite mortelle ; 3° le pus peut aller vers le péricarde ou la plèvre ; 4° le malade peut mourir d'épuisement par le fait d'une suppuration trop prolongée.

Je ne trouve pas ces raisons également puissantes, et après avoir étudié un nombre considérable d'abcès du foie, je suis arrivé à penser que les cas de leur première proposition sont souvent dévolus à une mort certaine quoi qu'on fasse.

La pénétration du pus dans le péritoine n'est pas toujours empêchée par l'opération ; elle tient au siège de l'abcès, elle est l'apanage de certains abcès de la face inférieure ; or, dans cette catégorie, la suppuration est si profonde que non seulement l'opération est difficile, mais elle est même impossible dans plusieurs cas.

La migration vers le péricarde est si rare, celle vers la plèvre est si souvent favorable à cause de la possibilité d'une vomique, qu'il suffirait pour moi de voir un abcès se diriger de ce côté pour me décider à ne rien tenter par ailleurs.

Enfin, ajoutons que si le malade peut succomber à une sup-

puration close, ne mourra-t-il pas dix fois plus vite sous l'influence d'une suppuration altérée par le contact de l'air ?

C. Les partisans de la troisième opinion, tenant compte de toutes les objections, disent qu'il faut s'abstenir le plus souvent et céder à l'opération dans le cas d'indication absolue, c'est-à-dire quand l'abcès vient amincir la paroi abdominale, de manière à faire craindre son ouverture spontanée. Je suis, pour ma part, de cet avis, qui est, il me semble, le plus prudent.

Murchinson (*Leçons cliniques sur les Maladies du foie*, p. 196) pose les conclusions suivantes :

A. Dans tous les cas où il y a une tumeur fluctuante, opérez.

B. Dans les cas où existent les symptômes d'abcès du foie avec une tumeur distincte dépassant le contour normal du foie ou produisant une voussure des côtes, quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation, il sera bon d'opérer.

C. Lorsque les symptômes d'abcès coexistent avec une augmentation uniforme du volume du foie, mais sans tumeur ou voussure distincte, s'il y a œdème local ou effacement d'un espace intercostal, ou douleur localisée en un endroit lorsqu'on y exerce une pression, ou lorsque le malade fait une large inspiration, il sera également bon d'opére.

D. S'il n'y a pas de signes locaux d'abcès, mais si les symptômes constitutionnels ne laissent que peu de doute sur son existenc et s'ils sont graves, on fera bien de pratiquer une ou plusieurs ponctions exploratrices avec l'aspiration. Même si on n'atteint pas l'abcès, la soustraction d'une petite quantité de sang du foie amène parfois un grand soulagement.

E. Lorsque, par suite de la présence de l'ictère ou autres symptômes, on a lieu de craindre que les abcès ne soient nombreux, il vaudra mieux s'abstenir de toute opération.

Je ne puis, pour ma part, partager toute l'opinion du savant

médecin anglais, et, après longues méditations, j'en suis arrivé à penser que, dans les cas seulement où il y a tumeur fluctuante visible avec tendance à l'amincissement de la paroi, il faut opérer, car, dans maintes et maintes circonstances, plus de vingt fois pour donner des chiffres, j'ai vu la suppuration se localiser, l'abcès diminuer et la guérison survenir après avoir menacé de perforer la paroi abdominale, et je n'ai pas vu dix cas bien avérés de guérison d'un abcès du foie opéré dans toute ma pratique médicale.

Quand l'abcès marche vers le péritoine, je ne vois pas l'indication de l'opération, car jusqu'au moment de l'épanchement, on peut espérer l'ouverture dans le tube digestif, qui est la terminaison favorable par excellence, alors que l'opération est si souvent suivie de mort. S'il marche vers la plèvre, le poumon, je ne suis pas d'avis d'intervenir, une vomique est très désirable dans la triste situation où se trouve le sujet. L'opération de l'empyème avec aspiration me semble, toute grave qu'elle est, moins grave que l'ouverture directe de l'abcès du foie.

Sans doute, si je pouvais savoir, en présence d'un abcès du foie, et cela d'une manière bien précise, que c'est un abcès simple, unique, je me déciderais facilement à l'opération, car je crois que c'est dans des cas pareils qu'on a obtenu des succès; mais combien de fois les foyers sont multiples! et le pus est tellement altéré du premier coup que l'opération n'a aucune chance de réussir.

Donc je ne considère l'évacuation du pus d'un abcès du foie comme indiquée, que lorsque l'abcès est bien tangible au toucher, qu'il ne paraît avoir aucune tendance à se vider soit dans les bronches, soit dans le tube digestif, et enfin quand l'état général est assez bon pour pouvoir espérer qu'il suffira au long et difficile travail de réparation qu'il faut qu'il fasse.

Faut-il que le sujet ne soit pas dans un état fébrile pour que l'opération soit indiquée? On ne peut pas répondre par oui ou par non à cette question, mais il est très important cependant d'y répondre, et voici l'opinion à laquelle je suis arrivé : un dysentérique est-il atteint d'une hépatite aiguë, et assiste-on à la formation rapide de son abcès ; l'état fébrile des premiers jours persiste, passe, sans transition bien apparente, de la fièvre de phlegmasie aiguë à la fièvre hectique ; il ne faut pas tenter l'opération, la mort devrait-elle approcher à grand pas, car il est grandement à croire que le sujet est atteint d'une suppuration multiple et mal délimitée du foie. Ce n'est pas un abcès circonscrit avec sa membrane pyogénique, mais plusieurs abcès séparés par une sorte de fonte putrilagineuse circonvoisine de l'organe hépatique, et, dans ce cas, l'opération n'atteindrait qu'une infime partie du mal ; elle serait inutile, étant tout à fait impuissante.

Au contraire, un individu a eu précédemment une hépatite qui a semblé disparaître très complètement, puis, après un temps long, plusieurs semaines, plusieurs mois écoulés sans fièvre et avec l'apparence d'une santé moyenne, les phénomènes d'un abcès du foie se sont montrés sans réaction fébrile. Ce n'est qu'ultérieurement que des symptômes de fièvre hectique se sont manifestés, d'abord très obscurément, puis s'accentuant peu à peu et d'une manière lente. Le médecin devra hésiter ; il est possible que la fièvre actuelle soit une véritable fièvre hectique entretenue par la présence du pus et, dans ce cas, *sublata causa tollitur effectus;* mais il ne faut pas se dissimuler que la chance est très aléatoire. Si on veut toute mon opinion là-dessus, je dirai que, dans un pareil cas, j'opérerais en pensant cependant que la mort sera la terminaison de la maladie.

Si les phénomènes d'abcès du foie se manifestent sans

fièvre, d'une manière lente, insidieuse, et que la voussure du côté, la fluctuation soient, pour ainsi dire, les premiers et les seuls phénomènes, il y a des chances pour que l'abcès soit circonscrit, unique même parfois, et alors l'opération est tout à fait indiquée. Ne nous berçons pas d'un faux espoir cependant, car trop souvent, même alors qu'on emploie rigoureusement la méthode antiseptique, le sujet est condamné à une mort prochaine.

Il est peu de questions qui m'aient autant préoccupé que celle de l'ouverture de l'abcès du foie. Dans les premiers temps de ma pratique coloniale, je mettais une sorte d'empressement à diagnostiquer la suppuration hépatique, et, dès que les signes me paraissaient évidents, j'allais plonger le trocart dans le foie. J'ai plus d'une fois émerveillé ainsi plusieurs de mes aides, jeunes gens venant d'Europe, et qui, n'étant pas encore parfaitement prévenus de l'insidiosité de l'hépatite, ne soupçonnaient pas l'existence d'un abcès. J'ai plusieurs fois été béni par des malheureux qui voyaient sortir des flots de pus de leur côté et qui se croyaient guéris à mesure que cette pourriture s'évacuait. Hélas! quel résultat final ai-je obtenu le plus souvent ? La mort, et rien de plus. J'ai vu les uns succomber au bout de quelques semaines; les autres durer deux et trois mois, et je crois que, dans ces cas, la mort est trop souvent la chose ordinaire.

Donc, après mûre réflexion, j'en suis arrivé à penser que l'opération doit être tentée sans hésitation quand on a affaire à un abcès évident sans fièvre; que l'hésitation est permise quand l'abcès, manifesté sourdement et sans fièvre, s'accompagne peu à peu d'une fièvre hectique; que l'abstention est la règle dans le cas où l'abcès se forme étant précédé et accompagné sans interruption de fièvre. Dans le premier cas, on peut espérer la guérison, bien que la maladie soit très dangereuse et souvent

mortelle; dans le second cas, l'opération a seulement quelques chances de succès; dans le troisième, elle n'en a, je crois; aucune.

Je suis assez pessimiste, on le voit, au sujet de l'ouverture des abcès du foie. J'ajouterai que je l'ai éé encore plus, heureusement j'ai eu connaissance et j'ai été témoin de faits qui m'ont fait changer d'avis et considérer l'opération pratiquée d'une certaine manière comme moins dangereuse qu'elle ne l'était quand on la faisait d'après les anciens errements. Je veux dire par là que l'application de la méthode dite antiseptique permet aujourd'hui d'évacuer les collections purulentes du foie, sans avoir autant et si souvent à craindre le terrible cortège d'accidents septicémiques qui se montraient presque fatalement jusque-là.

Un de mes jeunes camarades de la médecine navale, M. le Dr Ayme, médecin de 1re classe qui a été opéré lui-même d'un abcès du foie à Shang-Haï par cette méthode antiseptique, a publié sur ce sujet un remarquable travail dans les *Archives de médecine navale*; je vais analyser en quelques mots son mémoire, dont le lecteur appréciera comme moi l'immense intérêt (*Arch. de méd. nav.*, t. XXXIV, p. 525).

Sur vingt-trois abcès du foie opérés par le docteur Louis Stromeyer Litle à l'hopital de Shang-Haï, vingt le furent par divers procédés, mais sans l'application de la méthode antiseptique, et tous les vingt furent suivis de mort; au contraire, trois furent opérés avec l'aide de cette méthode, et tous les trois guérirent; un quatrième opéré de la même manière peu après a guéri aussi; un cinquième opéré par le Dr Mac-Léod, avec le secours de cette méthode antiseptique, est encore signalé par M. Ayme comme ayant guéri.

Le docteur Litle donne les indications suivantes touchant sa manière de faire.

« L'opération doit être faite de bonne heure ; c'est ainsi que dès qu'on peut présumer fortement qu'il existe un abcès marchant vers une issue extérieure, il faut le chercher avec l'aiguille exploratrice. Aussitôt qu'on a trouvé le pus, on ouvre largement le foyer au bistouri, sans esssayer de le vider avec le trocart explorateur ; et l'opération est faite en prenant toutes les précautions de la méthode antiseptique de Lister.

« Le bistouri sera conduit sur un des côtés de l'aiguille aspiratrice, et l'incision, large de 5 à 6 c., devra comprendre toute la paroi thoracique parallèlement aux côtes si on opère dans un espace intercostal. L'abcès sera vidé aussi complètement que possible en exerçant de fortes pressions sur la face inférieure du foie à travers les parois abdominales.

« La cavité de l'abcès sera ensuite lavée avec une solution phéniquée à 18 p. 0/0, et le lavage sera continué jusqu'à ce que le liquide sorte limpide sans renfermer du pus, des grumeaux ou des lambeaux de tissu hépatique. Un tube plongeur du plus fort calibre sera alors introduit dans les parties les plus profondes de l'abcès et fixé au dehors par un fil de soie solide. La place et l'ouverture du drain seront recouvertes par la protective et par plusieurs doubles de tarlatane trempés dans la solution phéniquée à 5 p. 0/0. Le tout sera recouvert d'un pansement de Lister, assez large pour occuper la moitié du corps, et maintenu par une bande élastique qui fixera solidement le pansement par deux circulaires faites en haut et en bas sans gêner les mouvements de l'ampliation thoracique.

« Le pansement sera changé aussitôt qu'on remarquera que ses bords sont souillés par un liquide séreux ou séro-purulent. On prendra à chaque pansement toutes les précautions antiseptiques. Le pourtour de la plaie sera soigneusement lavé avec la solution phéniquée, et à chaque pansement le tube sera raccourci à mesure que la cavité diminue, de façon à amener

la cicatrisation à se produire du fond à la surface. » (*Arch. de méd. nav.*, t. XXXIV, p. 331 ; indications du Dr Litle traduites par M. Ayme.)

Au moment où le présent livre allait être mis à l'impression, j'ai vu M. le Dr Sollaud, médecin de 1re classe de la marine, qui avait assisté à Shang-Haï à l'opération pratiquée sur M. Ayme, faire une ouverture d'abcès du foie à l'hôpital de la marine de Cherbourg, en l'entourant des précautions de la méthode de Lister ; la guérison a été cette fois encore obtenue. Or, on le comprend, ces sept observations constituent une série trop grande pour qu'on puisse mettre le succès sur le compte d'un hasard heureux seulement. Aussi j'opérerai désormais résolument les abcès du foie de bonne heure dans les cas, bien entendu, que je viens de spécifier tantôt, en ayant soin de m'entourer des précautions antiseptiques en même temps que j'ouvrirai largement sur le foyer purulent ; j'espère qu'ici comme dans toute la chirurgie la méthode de Lister produira ses admirables résultats.

SOINS GÉNÉRAUX APPLICABLES AUX MALADES ET PLUS TARD AUX CONVALESCENTS DE FLUX DE VENTRE

La dysenterie n'étant pas une maladie zymotique, mais bien, au contraire, une phlegmasie qu'on peut appeler catarrhale dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, ne réclame pas par elle-même une aération spéciale du malade quand il est isolé ; mais les déjections qu'elle présente ne tarderaient pas à vicier l'atmosphère si on n'y prenait garde, et on sait même qu'elles ont pu devenir elles-mêmes une cause de genèse indirecte de la maladie ; de sorte qu'il faut, plus pour elle que pour la pneumonie, le rhumatisme, par exemple, mettre en œuvre ces soins de propreté et d'hygiène générale qui, s'ils ne guérissent pas à eux seuls, ont néanmoins une influence incon-

testable sur la simplicité et la curabilité de la maladie dans beaucoup de cas, sinon sur son extension épidémique.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans les détails de ces soins de propreté et d'hygiène, qui, en somme, ne présentent rien de spécial à la dysenterie ; mais cependant je dois rappeler que déjà Stoll recommandait de prendre garde aux refroidissements auxquels s'exposent les malades pendant qu'ils vont à la selle. La chose est importante, en effet, et je conseille aux praticiens de ne pas la négliger, car un refroidissement intempestif, plus facile à se produire ici que dans bien des cas, peut empêcher les bons effets de la médication et parfois tout remettre en question.

Si ces soins d'hygiène ont déjà leur grande utilité pendant l'évolution de la maladie quand elle se présente à l'état aigu, à fortiori sont-ils importants dans les atteintes chroniques, et plus tard lorsque la maladie confirmée a cessé et que la convalescence et même la guérison l'ont remplacée. Il faut se souvenir que la dysenterie rechute ou récidive avec une facilité extrême, et que l'hygiène peut défendre dans une certaine limite les individus contre toutes les mauvaises chances qu'engendre une première atteinte.

Delioux, qui, je l'ai dit précédemment, avait eu plus souvent l'occasion de soigner des dysenteries chroniques que des atteintes aiguës, a apporté tout spécialement son soin à formuler combien on doit être précautionneux contre eux, et mieux vaut, je crois, rapporter textuellement la page de son livre que de l'analyser.

« Les dysentériques devront toujours être tenus chaudement dans leur lit. A cet effet, un nombre suffisant de couvertures sera mis à leur disposition ; et si quelque sentiment de réfrigération persiste ou se manifeste de temps à autre, on recourrra aux moines, aux boules d'eau chaude, momentanément ou même d'une manière permanente,

« On devra prendre ces précautions particulièrement pour les hommes qui rapportent en Europe des dysenteries contractées dans les pays chauds, qui reviennent frileux, et d'autant plus que la maladie elle-même semble avoir diminué en eux le principe calorifiant. Lorsqu'ils se lèvent et à mesure que la convalescence approche, les mêmes précautions sous d'autres formes seront prises contre les refroidissements extérieurs. La surface entière de la peau sera couverte de laine. Bas de laine, caleçon et gilet de flanelle, large ceinture d'un tissu analogue, il leur faut tout cela pour la saison froide ; la ceinture et le gilet tout au moins seront conservés pendant l'été. Dès qu'ils pourront sortir, la promenade leur fera le plus grand bien ; la marche donne du ton aux intestins et l'inaction favorise la diarrhée chez les anciens dysentériques ; mais ils devront choisir le temps et l'heure pour éviter les sorties trop matinales et plus encore la fraîcheur des soirées, profiter enfin du milieu de la journée et rechercher le soleil s'il n'est pas trop ardent ; l'insolation douce et modérée ranime la peau, qui a tant besoin de l'être chez eux, stimule les actions nutritives comme elle excite tout ce qui végète et tout ce qui vit ; or la guérison est au prix du triomphe définitif de la nutrition sur les lésions qui en détourneraient le cours régulier.

« Tout ce que les promenoirs des hôpitaux peuvent donner d'air et de soleil bénéficie sans doute aux malades et aux convalescents. Mais il vient un moment où l'on peut rendre plus d'ampleur aux mouvements, plus de liberté aux allures, et où la restauration physique doit se compléter par les satisfactions morales que réservent le pays et la famille. Alors si la sortie de l'hôpital n'a pas été trop hâtive, si le dysentérique est resté soumis à la sollicitude médicale aussi longtemps qu'elle l'a jugé nécessaire pour le fortifier contre les influences du dehors ; si plus tard il n'abuse pas de son indépendance en jouant une

guérison encore précaire contre un excès ou une débauche ; la combinaison des moyens hygiéniques avec les moyens moraux aura son plein effet, et la santé se consolidera dans l'existence calme et réglée du foyer.

« Telles sont les meilleures conditions dans lesquelles l'individu qui a contracté la dysenterie endémique répare ses forces et reprend vie. On comprend, sans que j'aie besoin d'y insister, les modifications secondaires qu'introduirait dans ces observations générales la considération d'une situation particulière créée par toute autre espèce de dysenterie ou ressortissant à des catégories de sujets différents de ceux auxquels j'ai fait allusion. Les mêmes moyens hygiéniques conviennent à tous ; quant aux moyens moraux, ceux qui n'ont point quitté l'abri du toit domestique ou qui y rentrent en mettant le pied sur le sol natal en jouissent immédiatement et dans une plus large mesure ; avantage relatif toutefois, car, qu'on le sache bien, la discipline intelligente et les soins luxueux de l'hôpital ont parfois plus profité aux dysentériques que le régime souvent défectueux et répréhensible du domicile privé. » (Delioux, *loc. cit.*, p. 486.)

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE

L'emploi des eaux minérales dans la dysenterie se divise en deux portions très inégales : celle qui touche à la maladie aiguë, et celle qui regarde la maladie chronique ou arrivée à la convalescence. Dans le premier cas, l'eau minérale sert ou bien comme moyen purgatif, eau de Sedlitz, de Püllna, etc. etc., et nous n'avons rien à en dire après ce que nous avons spécifié touchant l'influence du sulfate de soude ; ou bien elle se rend utile comme digestif, eau alcaline donnée soit avec le lait, soit pour faire digérer les premières tentatives d'alimentation.

Dans la maladie chronique ou pendant la convalescence, les eaux minérales jouent un rôle beaucoup plus grand, et bien qu'il ait été peu ou mal étudié jusqu'ici, on sent, d'après les faits acquis déjà, qu'il y a là toute une série de bonnes chances dont on pourra faire bénéficier très heureusement le malade dans l'avenir.

Si nous en exceptons Pringle (*Malad. des armées*, t. II, p. 42), qui dit : « Quelques officiers ont, à leur retour en Angleterre, eu recours aux eaux minérales pour achever de rétablir leur santé, mais ils en ont retiré fort peu d'avantage ; celles de Shadwell, qui sont astringentes, paraissent réussir le mieux, » les auteurs antérieurs à la dernière moitié de ce siècle ne se sont pas occupés de l'action curative que les eaux minérales pourraient exercer sur les flux de ventre chroniques ou sur la débilité qui les accompagne. Aussi lorsque Delioux, en 1861, en dit quelques mots, il constata que dans les livres les plus usuels touchant les eaux minérales, celui de Constantin James, par exemple, on ne trouvait aucune indication à ce sujet.

Depuis, la lacune a été comblée en partie, et les travaux de beaucoup de médecins hydrologues, Durand-Fardel, Le Bret, Lefort, Finot, Bintot, Bertherand en première ligne, ont fait avancer la question d'un pas, et elle est assez largement à l'étude aujourd'hui pour qu'on puisse espérer la voir convenablement élucidée dans un temps prochain.

Les eaux minérales préconisées dans le traitement des vieux flux de ventre sont de trois catégories : *A*. Les alcalines ; *B*. Les sulfureuses, *C*. Les ferrugineuses.

A. EAUX ALCALINES

Vichy a une telle prééminence sur les autres stations thermales, que ce sont ses eaux qu'on vise toujours quand on parle des eaux minérales alcalines ; en effet, on trouve là des eaux chaudes,

tièdes et froides, les compositions les plus heureuses et les proportions de sel les plus variées. Les eaux de Vals, de Cransac viennent ensuite, et je pourrais allonger singulièrement ma liste si je voulais énumérer toutes celles qui se réclament de leur composition alcaline et de leur efficacité dans les flux de ventre aujourd'hui.

D'abord spécifions bien les conditions dans lesquelles la médication doit être appliquée : il ne faut pas songer en ce moment soit à la diarrhée aiguë, qui est une affection éphémère, soit à la dysenterie aiguë, qui est une phlegmasie active réclamant une action plus rapide et plus directe; nous n'avons en vue que la dysenterie et la diarrhée chroniques. Or, même dans ces affections, il faut qu'il n'y ait pas de poussée dans le moment où on prend la résolution d'essayer les eaux alcalines; au contraire, plus la chronicité est torpide et indolente, meilleure est la condition, paraît-il résulter des observations des médecins hydrologues.

Ces vieilles diarrhées et dysenteries sont toujours accompagnées de débilité générale, la chose se comprend trop bien pour que nous insistions; elles sont toujours concomitantes, sinon liées étroitement à une lésion, soit fonctionnelle, soit anatomique de l'intestin et de l'appareil hépatique. L'état dyspeptique a une importance du premier ordre dans le cas actuel, et comme le traitement alcalin, habilement et sagement ménagé, réussit dans l'immense majorité des cas à améliorer d'une manière très remarquable cet état dyspeptique, et conséquemment les lésions fonctionnelles de l'intestin et du foie, on comprend que souvent il fait sortir le sujet du cercle vicieux dans lequel il se mouvait. Les digestions se faisant mieux, les aliments sont plus convenablement utilisés, et alors d'une part, la nutrition générale en bénéficie, d'autre part, les fonctions de l'intestin deviennent plus voisines de l'état normal. Bientôt, sous cette influence, le poids

du corps augmente, la sanguification est plus riche, les muscles reprennent volume et force, l'énergie vitale se réveille, et une sensible amélioration, sinon la guérison complète est obtenue.

Malheureusement on n'obtient pas toujours ces bons effets chez tous les malades ; soit parce que les lésions anatomiques sont irrémédiables; soit surtout et peut-être le plus souvent parce que le sujet, par des écarts inconscients de régime, des défectuosités irréfléchies de l'hygiène, ne se met pas lui-même dans de bonnes conditions ; soit enfin pour maintes autres raisons, telle ou telle contre-indication, par exemple, on ne peut obtenir tout le bien qu'on pouvait en attendre. Mais cependant on comprend, à ce que je viens de dire, que la médication thermale alcaline, loin d'être insignifiante ou nuisible dans la thérapeutique des flux de ventre, peut, au contraire, lui fournir dans certains cas un appoint des plus heureux.

On a vu une contre-indication au traitement par les eaux alcalines dans certains phénomènes présentés par le malade, l'hydropisie, par exemple, une affection du cœur concomitante et avancée, une discrasie spécifique, tubercules, cancers, etc. etc. On ne peut dire que ces cas soient absolus, car plus d'un médecin des stations thermales sachant se servir de ses eaux avec une habileté et un discernement que la pratique et l'intuition seules peuvent donner, est capable d'obtenir un succès très heureux là où on avait à craindre un échec dans d'autres conditions.

Je ne formulerai pas le traitement minéral alcalin en détail, renvoyant le lecteur aux travaux spéciaux faits par des hommes comme Durand-Fardel, Villemin, etc. etc., par exemple, car leurs connaissances et leur expérience sur la question dépassent tellement ce que je puis penser à cet égard, que je leur laisserai entièrement la direction de cette thérapeutique thermale dans le cas qui nous occupe ici.

B. EAUX SULFUREUSES

Les eaux sulfureuses ont été préconisées quelquefois contre les flux de ventre, et doivent nous occuper maintenant; mais je dois dire tout d'abord, et d'un mot, qu'elles sont loin d'avoir l'utilité et l'importance des eaux alcalines dans le cas qui nous occupe.

Plus ici que précédemment encore, toute atteinte aiguë est absolument exclue de la tentative, et bien plus, comme le trait tement sulfureux a pour effet très souvent de provoquer une poussée, véritable recrudescence de la maladie, on comprend qu'il faut que le flux de ventre soit bien et solidement guéri, sous peine de voir tout remettre en question.

Or il ne reste plus alors que les états de débilité générale ou locale, qui dépendent de la dysenterie actuellement disparue, qui peuvent se réclamer des eaux sulfureuses, l'anémie, la parésie, l'anesthésie ou la paralysie musculaire, par exemple. Certes, c'est là une indication assez restreinte, et on ne comprend guère qu'elle ait été suffisante pour faire songer à l'emploi des eaux sulfureuses dans la dysenterie. Nous devons dire, pour expliquer cette particularité, que souvent on voit des paralytiques ou des parésiques plombiques venant des pays chauds rattacher leur maladie à la dysenterie, et que les voyant améliorer par les eaux sulfureuses, on a cru, pendant un certain temps, que ces eaux sulfureuses étaient directement utiles dans les flux de ventre.

D'autre part, certaines stations d'eaux sulfureuses se trouvant, comme Amélie-les-Bains, par exemple, dans un pays à climat hivernal doux, on a conseillé aux vieux dysentériques cachectiques affaiblis, et par conséquent frileux, de s'y rendre, comptant infiniment plus sur le bénéfice du climat que sur celui des

eaux dans ces cas. Et comme station hivernale, cent autres points se recommandent de préférence, disons-le.

En résumé, nous voyons que les eaux sulfureuses sont infiniment moins utiles et moins fréquemment indiquées que les eaux alcalines, aussi pouvons-nous ne pas nous occuper plus longuement d'elles.

C. EAUX FERRUGINEUSES

Nombre d'eaux dites alcalines sont plus ou moins ferrugineuses. Vichy, Cransac, Vals, peuvent se présenter à l'un comme à l'autre titre. Mais dès le moment qu'on parle de fer, certaines stations, comme Luxeuil, Bussang, Forges, Provins, Orezza, se mettent sur les rangs, et réclament chacune la préférence.

Ces eaux ferrugineuses ne sont pas de mise dans l'état aigu; mais dans l'état chronique, elles peuvent donner quelques bons résultats, et l'action corroborante du fer peut très bien ramener, on le comprend, une fonctionnalité plus convenable des organes mis en question. Ces eaux ferrugineuses sont donc beaucoup plus et plus souvent utiles que les sulfureuses; elles me paraissent, à priori, moindres de bon effet que les alcalines dans beaucoup de cas; en effet, ne s'adressant pas aussi directement et aussi bien aux troubles digestifs, le plus souvent elles paraissent devoir passer en seconde ligne. Ce n'est peut-être qu'après qu'une amélioration a été obtenue par les eaux alcalines que les ferrugineuses peuvent se présenter, et alors elles sont, je crois, de nature à très bien compléter et parfaire le traitement dans nombre de circonstances.

Je n'insisterai pas plus longuement sur l'emploi des eaux minérales contre les flux de ventre; je me suis borné à montrer l'horizon. Dans quelques années d'ici, les idées seront mieux fixées à ce sujet, et mes successeurs auront à en parler davantage.

CONVALESCENCE

On l'a dit avec raison, nulle convalescence n'est plus fragile en général, et ne réclame des soins plus attentionnés que celle de la dysenterie; le moindre écart, un oubli des règles de l'hygiène, même minime, peuvent tout remettre en question, alors qu'on espérait en avoir bien décidement fini avec la maladie. Aussi les précautions de toute nature doivent-elles être rigoureusement appliquées ici, et ce n'est qu'à ce prix, dans certains cas, qu'on peut espérer le maintien de la santé, qu'il faut acheter même trop souvent par un rapatriement, si le sujet avait émigré, par un changement d'habitudes, de profession, etc. etc., pour ceux qui sont restés dans le pays natal.

La nourriture a besoin désormais d'être surveillée d'une manière toute spéciale; nombre d'aliments dits indigestes seront proscrits, et tels qu'on mangeait impunément précédemment ne devront plus désormais être ingérés. La boisson ne sera plus aussi alcoolique que par le passé, si on avait l'habitude de ne pas être très sobre à son égard, et non seulement on s'attachera à ne pas surcharger le tube digestif d'aliments comme qualité ou quantité, mais même il faudra se préoccuper plus que par le passé des conditions capables de donner de bonnes digestions.

On a conseillé certains médicaments, certaines eaux digestives, etc. etc.; je suis d'avis d'y recourir quand les aliments proprement dits ne peuvent pas, à eux seuls, suffire, car le mieux est de demander d'abord à ces aliments ce qu'il faut pour la santé. Ce n'est que lorsqu'on ne peut faire autrement qu'il faut faire des emprunts à la thérapeutique.

Les vêtements, l'habitation, tout enfin doit être étudié avec soin, lorsque l'atteinte a été assez grave et assez durable pour mettre la santé ultérieure en question. N'oublions pas de dire

que les moindres indispositions du tube digestif seront surveillées avec soin ; en un mot, une sollicitude incessante et raisonnée doit guider les actes de la vie désormais, ayant toujours pour but d'éviter la récidive.

Est-il nécessaire d'entrer dans plus de détails à ce sujet ? il me semble que non, car dans ces précautions se trouve toute la prophylaxie de la dysenterie, et je suis entré dans assez de spécifications au cours de ce traité pour pouvoir arrêter ici mon travail. Je dépose donc la plume, en considérant ma tâche accomplie et faisant des vœux pour que ceux qui consulteront ce livre tirent quelque profit de mes études sur cette question si vaste, si complexe et si difficile, autant qu'intéressante, des flux de ventre aigus et chroniques compris dans le mot : dysenterie.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE PREMIER. — Synonymie. — Définition. — Géographie. — Historique. — Classifications. — Divisions 1
Synonymie 1
Définition 2
Géographie 4
Historique 15
Classifications. — Divisions 19

CHAPITRE DEUXIÈME. — Description générale de la maladie. 38
A. Flux de ventre aigus 38
1° Dysenterie aiguë légère du premier degré ou diarrhée aiguë 39
2° Dysenterie moyenne ou du second degré 46
3° Dysenterie grave ou du troisième degré 51
B. Flux de ventre de transition 55
Rectite dysentérique 60
A. Rectite succédant à la diarrhée ou à la dysenterie 62
B. Rectite succédant à la constipation. 64
Rectite persistante ou invétérée 65
Colite dysentérique 67
C. Flux de ventre chroniques 69
Dysenterie chronique 71
Diarrhée chronique 78

CHAPITRE TROISIÈME. — Formes de la maladie 101
Tableau des diverses formes de la dysenterie 103
Variétés du début 105
Forme tormineuse 106
id. catarrhale 107
id. séreuse 107
id. bilieuse 109
id. inflammatoire 113
id. insidieuse 116
id. gangréneuse 119
id. hémorrhagique 124
1° Forme hémorrhagique proprement dite 126
2° Accès pernicieux paludéen, entérorrhagique 127

Pages

3° Entérorrhagie de la dysenterie gangréneuse 129
4° Entérorrhagie proprement dite... 130
Forme typhoïde 131
id. choléroïde 137
1° Cas où la dysenterie commence par une atteinte cholériforme.. 139
2° Cas où les accidents cholériformes surviennent dans le courant d'une dysenterie 140
3° Cas où un véritable accès pernicieux survient au cours d'une dysenterie 141
id. rhumatoïde 143
id. intermittente 155
Flux de ventre infantiles 158
Flux de ventre des phthisiques et septicémiques 161
Dysenterie sèche, colique bilieuse 162

CHAPITRE QUATRIÈME. — Complications de la maladie..... 170
Phlegmon interstitiel de l'intestin 172
Péritonite et perforation intestinale 175
Péritonite de voisinage limitée 175
id. id. généralisée 176
id. avec épanchement limité 176
id. id. généralisé 177
Invagination intestinale 180
Hémorrhagie id. 182
Paludisme 183
Hépatite 187
A. Hyperhémie congestive aiguë 193
B. Hépatite aiguë 196
C. Abcès du foie 202
Phlegmon iliaque 212
Hémorrhoïdes 213
Tœnia 213
Affections pulmonaires 220
Troubles urinaires 222
Scorbut 225
Hydropisies 226
Complications diverses 227

CHAPITRE CINQUIÈME. — Marche. — Durée. — Terminaisons. — Convalescence. — Rechutes. — Récidives. — Reliquats. — Gravité. — Diagnostic. — Pronostic. — Marche.... 230
A. Diarrhée aiguë 230
B. Dysenterie aiguë 231
C. Flux de transition 232
D. Flux chroniques 232
Durée 233
Terminaisons 234
Convalescence 238
Rechutes 239
Récidives 240
Reliquats 241
Troubles digestifs 242
Troubles hépatiques 246
Chute du rectum 246

Pages

Hémorrhoïdes 247
Fistules anales 251
Affections thoraciques 253
Troubles urinaires 253
Paralysies 254
Coarctations intestinales 257
Douleurs 258
Gravité 267
Tableau des proportions de mortalité de la dysenterie dans divers pays 269
Tableau des variations de fréquence de la dysenterie à la Martinique 271
Tableau des variations de la dysenterie à l'hôpital Saint-Mandrier 279
Diagnostic 281
Tableau du diagnostic différentiel de la rectite et des hémorrhoïdes 283
Pronostic 284

CHAPITRE SIXIÈME. — Analyse des symptômes 286
Aspect extérieur 286
Fièvre 289
Voix 291
Intelligence 291
Tube digestif 292
Bouche 292
Estomac 294
Selles 294
Odeur 297
Consistance 299
1er Cas, les selles sont solides 299
2e Cas, les selles sont molles ou pâteuses 304
3e Cas, les selles sont liquides 306
A. Selles séreuses 307
B. id. muqueuses 310
C. id. gangréneuses 314
D. id. hémorrhagiques 315
Examen des selles au microscope 315
Parasites 316
Ténesme 325
Coliques 327
Troubles urinaires 328

CHAPITRE SEPTIÈME. — Étiologie 329
Causes météoriques 332
Climat 333
Chaleur 334
Hygrométrie de l'air 337
Pays. — Localités 340
Différences entre les villes et les campagnes 341
Altitude 341
Influence du sol 343
Paludisme 346
Lieux bas et humides 346
Paludisme 348
Conclusions touchant les causes météoriques 351
Causes bromatologiques 352
Aliments 353
Boissons 355

Pages
Eau potable 355
Boissons alcooliques 358
Conclusions touchant les causes bromatologiques 358
Causes infectieuses 359
Contagion 361
Conclusions touchant les causes infectieuses 368
Réceptivité des individus 368
Action des maladies antérieures 370
Acclimatement 371
Age. — Sexe. — Constitution. — Tempérament. 372
Races 373
Nature et pathogénie de la dysenterie 378
Nature 378
Pathogénie 383

CHAPITRE HUITIÈME. — Anatomie pathologique 397
Habitude entérieure 399
A. Sujets morts de dysenterie aiguë durant depuis peu 399
B. Sujets morts de dysenterie ou de diarrhée chroniques 400
C. Sujets morts d'hépatite consécutive à la dysenterie. 400
Organes thoraciques 407
Cage costale 409
Plèvre 411
Poumon 416
Péricarde 418
Épanchement péricardique passif 419
id. actif 419
Ouverture d'un abcès du foie dans le péricarde 420
Cœur 421
Abdomen 424
Péritoine 424
Mésentère 426
Tube digestif 427
Résumé sommaire de l'anatomie normale du tube digestif 427
Bouche, œsophage 438
Estomac 438
Intestin grêle 438
Gros intestin 443
A. Aspect du gros intestin dans la dysenterie aiguë 449
B. Aspect des intestins dans la dysenterie chronique 453
C. Aspect du gros intestin dans la diarrhée chronique 455
Synthèse des lésions du gros intestin dans les flux de ventre 456
Lésions de la diarrhée aiguë 458
Lésions de la dysenterie confirmée aiguë et chronique. 460
Lésions de la rectite 468
Lésions de la diarrhée chronique 468
Coup d'œil d'ensemble et comparatif sur les lésions anatomiques des divers flux de ventre 481
Foie 487
Volume du foie normal 492
Volume du foie atteint d'hépatite 497

Pages
Consistance du foie..... 501
Aspect extérieur du foie..... 502
Période d'hyperhémie..... 503
Période de suppuration..... 504
Aspect intérieur du foie..... 507
Phénomènes de la suppuration hépatique..... 514
1re Période de début..... 515
Lésions macroscopiques de la 1re période..... 516
Phénomènes microscopiques de la 1re période..... 518
2e Période de genèse du pus..... 522
Lésions macroscopiques de la 2e période..... 522
Phénomènes microscopiques de la 2e période..... 524
3e Période. Collection du pus..... 525
Abcès récents..... 525
État du foie dans les portions non abcédées..... 526
Nombre des abcès..... 526
Volume id. 528
Siège id. 528
Forme id. 530
Variété id. 539
Parois..... 539
Abcès restés dans la capsule de Glisson..... 541
Abcès sortis du foie..... 547
Pus..... 551
Temps que met la transformation purulente à se produire..... 554
Combien faut-il de temps à un individu atteint de dysenterie pour contracter un abcès du foie..... 554
Combien faut-il de temps pour que l'abcès s'entoure d'une pyogénique. 555
Combien faut-il de temps à un abcès pour se faire jour au delà du foie.. 556
Combien de temps faut-il à un abcès resté dans le foie pour se resorber.. 556
Mode d'accroissement des abcès..... 557
Terminaison des abcès..... 558
Influence des abcès sur les éléments du foie.. 561
Altération des vaisseaux..... 562
Appareil biliaire..... 568
Influence des abcès du foie sur les divers organes abdominaux..... 570
Veine cave..... 570
Rate..... 571
Organes urinaires..... 572
Influence des abcès du foie sur le tube intestinal..... 574
État de la vésicule biliaire dans la dysenterie.. 578
Pancréas..... 578
Rate..... 580
Appareil urinaire..... 580

CHAPITRE NEUVIÈME. — Traitement..... 582
Émissions sanguines..... 588

Pages
Émissions sanguines générales 588
id. locales 589
Emollients et calmants externes 592
Révulsifs cutanés 597
Révulsifs directs appliqués sur l'abdomen 598
id. indirects appliqués aux extrémités 601
id. généraux ou secondaires 601
Hydrothérapie 603
Vomitifs 604
Ipéca 606
Ipéca comme vomitif 606
id. comme hyposthénisant 607
Ailante 613
Purgatifs 619
Purgatifs dialytiques 622
Sels alcalins à acide minéral 623
id. id. végetal 625
Végétaux à acide purgatif 625
Calomel 630
Traitement d'Annesley 632
Calomel à doses massives 635
id. filées 635
id. mélangé à d'autres substances. 636
Purgatifs mécaniques 643
Graine de moutarde 614
Purgatifs drastiques 645
Narcotiques 645
Opium 645
Solanées 651
Thériaque 653
Diascordium 654
Acides végétaux 654
Stimulants et toniques 655
Cannelle, muscade 655
Simarouba 656
Quinquina 656
Balsamiques 657
Astringents 657
Ferrugineux 661
A. Ferrugineux solubles introduits par la bouche à titre de médicament reconstituant 662
B. Ferrugineux insolubles introduits par la bouche pour aller agir topiquement sur l'intestin de haut en bas 663
C. Ferrugineux introduits par le rectum pour agir sur l'intestin de bas en haut 665
Obturants 664
Bismuth 665
Composés calcaires 666
Divers 668
Albumine 669
Ergot de seigle 672
Créosote 673
Noix vomique 673
Fraisier 675
Aconit napel 675
Arnica 676
Chlorodyne 677
Tisanes 678

Pages
Lavements..... 680
Lavements calmants..... 684
Lavements à eau pure..... 685
id. émollients et narcotiques.. 687
Lavements excitants..... 688
Lavements astringents végétaux..... 689
id. id. minéraux. 690
id. purgatifs..... 691
id. détersifs..... 593
id. caustiques..... 699
Lavements désinfectants..... 705
id. toniques et nutritifs..... 706
Du régime dans la dysenterie..... 707
Jus de viande..... 711
Lait..... 711
Calorification..... 719
Traitement particulier des diverses formes et des divers degrés des flux de ventre..... 720
Diarrhée aiguë..... 720
Dysenterie de moyenne intensité..... 729
A. La maladie s'amende..... 733
B. Elle reste stationnaire..... 734
C. Elle s'aggrave..... 734
Dysenterie grave..... 735
Traitement de la rectite..... 740
id. de la diarrhée chronique..... 745
Traitement de la dysenterie chronique..... 753
Coup d'œil d'ensemble..... 754
Traitement du tœnia qui vient compliquer les flux de ventre..... 759
Traitement des complications hépatiques de la dysenterie..... 760
Tableau des moyens de traitement des abcès du foie..... 767
Soins généraux applicables aux malades et plus tard aux convalescents de flux de ventre..... 777
De l'emploi des eaux minérales dans le traitement de la dysenterie..... 780
A. Eaux alcalines..... 781
B. id. sulfureuses..... 784
C. id. ferrugineuses..... 785
Convalescence..... 786

5355. — Tours, imp. Rouillé-Ladevèze, rue Chaude, 6.

27